Domaine 3

Données administratives

Contenu

0. LIENS ENTRE LES FICHIERS DES DONNEES ADMINISTRATIVES 1

1. PATHOSPI (A1): DONNEES RELATIVES AU PATIENT 4
1.1. NOM 4
1.2. CONTENU 4
1.3. SUBDIVISION 4
1.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES 5
A1 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital 5
A1 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement 5
A1 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement 5
A1 / Champ 4 ⇒ PATNUM: Numéro anonyme de patient 6
A1 / Champ 5 ⇒ A1_YEAR_BIRTH: Année de naissance 6

2. STAYHOSP (A2): DONNEES RELATIVES AU SEJOUR 7
2.1. NOM 7
2.2. CONTENU 7
2.3. SUBDIVISION 7
2.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES 10
A2 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital 10
A2 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement 10
A2 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement 10
A2 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour 10
A2 / Champ 5 ⇒ A2_YEAR_HOSP_IN: Année d'admission à l'hôpital 11
A2 / Champ 6 ⇒ A2_MONTH_HOSP_IN: Mois d'admission à l'hôpital 11
A2 / Champ 7 ⇒ A2_DAY_HOSP_IN: Quantième du mois d'admission à l'hôpital 11
A2 / Champ 8 ⇒ A2_YEAR_HOSP_OUT: Année de sortie de l'hôpital 14
A2 / Champ 9 ⇒ A2_MONTH_HOSP_OUT: Mois de sortie de l'hôpital 14
A2 / Champ 10 ⇒ A2_DAY_HOSP_OUT: Quantième du mois de sortie de l'hôpital 14
A2 / Champ 11 ⇒ A2_HOUR_HOSP_OUT: Sortie de l'hôpital - Heure 14
A2 / Champ 12 ⇒ A2_MIN_HOSP_OUT: Sortie de l'hôpital - Minutes 14
A2 / Champ 13 ⇒ A2_HOSPTYPE_CAT: Catégorie de séjour hospitalier 15
1) SÉJOUR PSYCHIATRIQUE COMPLET (P) 15
2) HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE (G) 16
3) HÔPITAL ONCOLOGIQUE DE JOUR (O) 16
4) HÔPITAL DE JOUR PÉDIATRIQUE (E) 16
A2 / Champ 14 ⇒ A2_HOSPTYPE_FAC: Type de séjour hospitalier (selon la facturation) 16
1) HOSPITALISATION CLASSIQUE (H) 17
2) SÉJOUR DE LONGUE DURÉE (F, M, L) 17
3) ENREGISTREMENT PROVISOIRE DES SEJOURS NON TERMINES POUR LESQUELS DES DONNEES INFIRMIERES DOIVENT DEJA ETRE TRANSMISES (N) 18
4) HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE (C) 18
5) HOSPITALISATION DE JOUR NON-CHIRURGICALE (D) 19
6) URGENCES AMBULATOIRES (U) 19
A2 / Champ 15 ⇒ A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC: Nombre total de journées à facturer complètement (jusqu'à la fin de la période d'enregistrement) pour le séjour hospitalier 19
A2 / Champ 16 ⇒ A2_CODE_READMISSION: Code de réadmission 20
A2 / Champ 17 ⇒ A2_CODE_SEX: Sexe 21
A2 / Champ 18 ⇒ A2_CODE_INDIC_AGE: Indicateur d'âge 21
A2 / Champ 19 ⇒ A2_CODE_ZIP: Code postal belge 22

A2 / Champ 20 ⇒ A2_CODE_COUNTRY: Code de pays *23*
A2 / Champ 21 ⇒ A2_CODE_INDIC_NAT: Indicateur de nationalité *23*
A2 / Champ 22 ⇒ A2_CODE_STAT_INSURANCE: Code d'assurabilité du patient pendant le séjour *24*
1) CODE D'ASSURABILITE DU PATIENT JUSQU'AU RHM2011 24
2) CODE D'ASSURABILITE DU PATIENT A PARTIR DU RHM2012 25
A2 / Champ 23 ⇒ A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: Lieu avant l'admission *26*
A2 / Champ 24 ⇒ A2_CODE_ADM: Type d'admission *27*
A2 / Champ 25 ⇒ A2_CODE_ADRBY: Adressé par *28*
A2 / Champ 26 ⇒ A2_CODE_DESTINATE: Destination *29*
A2 / Champ 27 ⇒ A2_CODE_DISCHARGE: Type de sortie *31*
A2 / Champ 28 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: Type de système de codification pour le diagnostic d'admission vérifié *32*
A2 / Champ 29 ⇒ A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM: Diagnostic d'admission vérifié *32*
A2 / Champ 30 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: Type de système de codification pour la cause de décès *33*
A2 / Champ 31 ⇒ A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH: Cause de décès *34*
A2 / Champ 32 ⇒ PATNUM: Numéro anonyme de patient *34*

3. STAYSPEC (A3): DONNEES RELATIVES AU SEJOUR EN SPECIALITE 35
3.1. NOM 35
3.2. CONTENU 35
3.3. SUBDIVISION 35
3.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES 36
A3 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital *36*
A3 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement *37*
A3 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement *37*
A3 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour *37*
A3 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité *37*
A3 / Champ 6 ⇒ CODE_SPEC: Code de spécialité *37*
A3 / Champ 7 ⇒ A3_YEAR_SPEC_IN: Année d'admission dans la spécialité *38*
A3 / Champ 8 ⇒ A3_MONTH_SPEC_IN: Mois d'admission dans la spécialité *38*
A3 / Champ 9 ⇒ A3_DAY_SPEC_IN: Quantième du mois d'admission dans la spécialité *38*

4. STAYINDX (A4): DONNEES RELATIVES AU SEJOUR EN INDEX DE LIT 42
4.1. NOM 42
4.2. CONTENU 42
4.3. SUBDIVISION 42
4.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES 44
A4 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital *44*
A4 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement *44*
A4 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement *44*
A4 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour *44*
A4 / Champ 5 ⇒ ORDER_BEDINDEX: Numéro d'ordre de l'index de lit *44*
A4 / Champ 6 ⇒ A4_CODE_BEDINDEX_FAC: Code d'index de lit pour la facturation *45*
A4 / Champ 7 ⇒ A4_YEAR_BEDINDEX_IN: Année d'admission dans l'index de lit *48*
A4 / Champ 8 ⇒ A4_MONTH_BEDINDEX_IN: Mois d'admission dans l'index de lit *48*
A4 / Champ 9 ⇒ A4_DAY_BEDINDEX_IN: Quantième du mois d'admission dans l'index de lit *48*
A4 / Champ 10 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement actuelle *49*
A4 / Champ 11 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement précédente *50*
A4 / Champ 12 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC: Nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement actuelle *52*
A4 / Champ 13 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC_PREV: Nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement précédente *53*
A4 / Champ 14 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC: Nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement actuelle *53*
A4 / Champ 15 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC_PREV: Nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement précédente *53*

5. STAYUNIT (A5): DONNEES RELATIVES AU SEJOUR EN UNITE DE SOINS 54
5.1. NOM 54
5.2. CONTENU 54
5.3. SUBDIVISION 54
5.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES 56
A5 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital 56
A5 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement 56
A5 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement 56
A5 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour 56
A5 / Champ 5 ⇒ ORDER_UNIT: Numéro d'ordre de l'unité de soins 56
A5 / Champ 6 ⇒ CODE_CAMPUS: Code de site 58
A5 / Champ 7 ⇒ CODE_UNIT: Code d'unité de soins 58
A5 / Champ 8 ⇒ A5_YEAR_UNIT_IN: Année d'admission dans l'unité de soins 58
A5 / Champ 9 ⇒ A5_MONTH_UNIT_IN: Mois d'admission dans l'unité de soins 58
A5 / Champ 10 ⇒ A5_DAY_UNIT_IN: Quantième du mois d'admission dans l'unité de soins 58
A5 / Champ 11 ⇒ A5_HOUR_UNIT_IN: Admission dans l'unité de soins - Heure 58
A5 / Champ 12 ⇒ A5_MIN_UNIT_IN: Admission dans l'unité de soins - Minutes 58

6. TRANSPOR (A6): DONNEES RELATIVES AU MOYEN DE TRANSPORT UTILISE 60
6.1. NOM 60
6.2. CONTENU 60
6.3. SUBDIVISION 60
6.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES 61
A6 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital 61
A6 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement 61
A6 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement 61
A6 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour 61
A6 / Champ 5 ⇒ TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport 61
A6 / Champ 6 ⇒ CODE_TRANSPORT: Code de moyen de transport 62
A6 / Champ 7 ⇒ A6_FILE_ID: Numéro de fiche 63

7. ID_TRANS (A7): LISTE DES AMBULANCES NON AGREEES 64
7.1. NOM 64
7.2. CONTENU 64
7.3. SUBDIVISION 64
7.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES 65
A7 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital 65
A7 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement 65
A7 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement 65
A7 / Champ 4 ⇒ TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport 65
A7 / Champ 5 ⇒ CODE_TRANSPORT: Code de moyen de transport 65
A7 / Champ 6 ⇒ A7_DESCR_TRANSPORT: Description 66

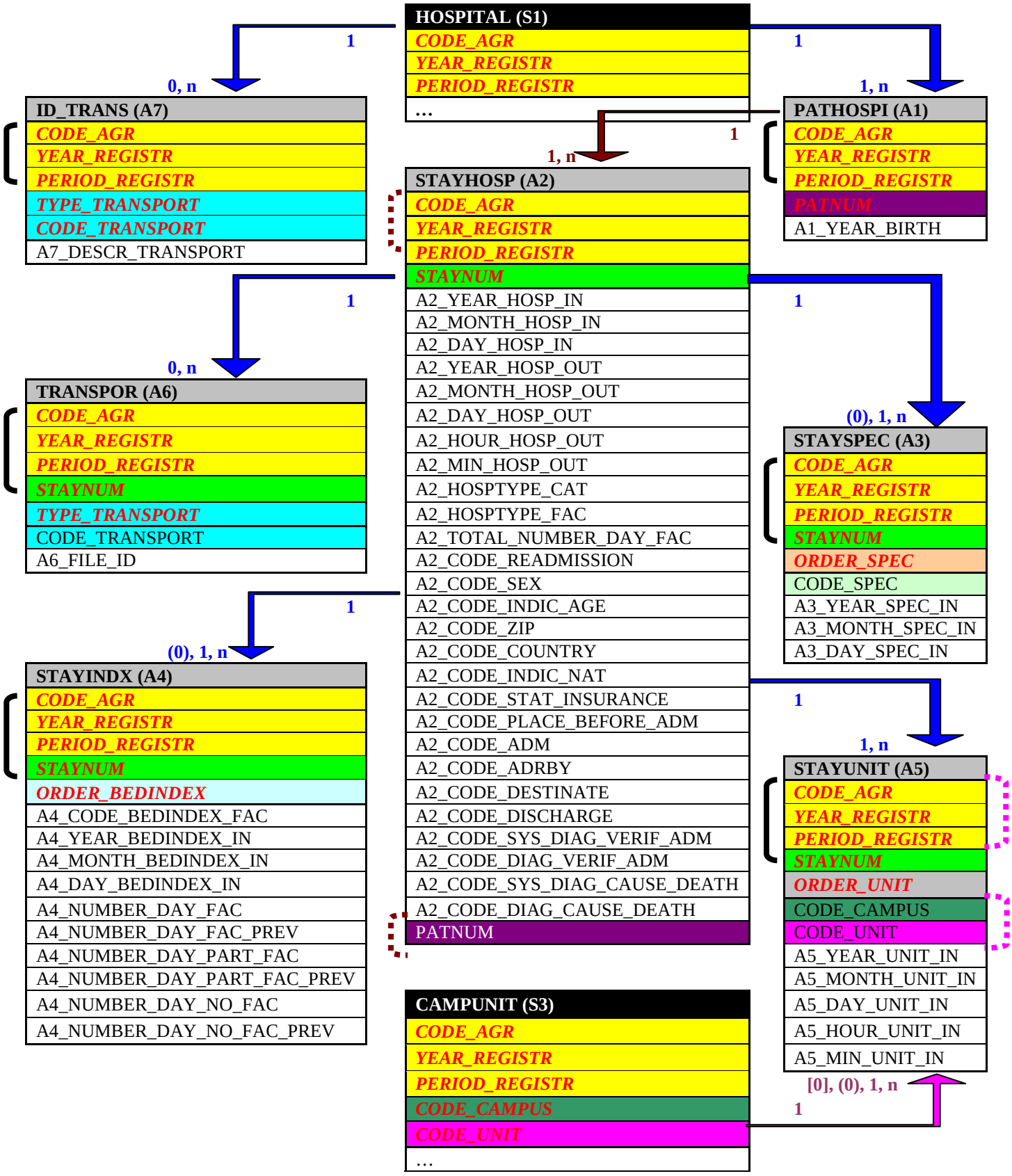
8. EXEMPLE D'UN ENREGISTREMENT 68

9. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES 69
9.1. MANUEL DE CODAGE ICD-9-CM 69
9.2. CODE PAYS 69
9.3. CHAPITRES SUPPLEMENTAIRES 69

Tableaux

Tableau 1-1: Structure d'un enregistrement de PATHOSPI (A1): Données relatives au patient.....5
Tableau 2-1: Structure d'un enregistrement de STAYHOSP (A2): Données relatives au séjour 8
Tableau 2-2: Valeurs admises pour A2_HOSPTYPE_CAT: Catégorie de séjour hospitalier 15
Tableau 2-3: Valeurs admises pour A2_HOSPTYPE_FAC: Type de séjour hospitalier (selon la facturation) 17
Tableau 2-4: Détermination de A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC: Nombre total de journées à facturer complètement.....20
Tableau 2-5: Valeurs admises pour A2_CODE_READMISSION: Code de réadmission.....21
Tableau 2-6: Valeurs admises pour A2_CODE_SEX: Sexe 21
Tableau 2-7: Valeurs admises pour A2_CODE_INDIC_AGE: Indicateur d'âge 22
Tableau 2-8: Valeurs admises pour A2_CODE_INDIC_NAT: Indicateur de nationalité 23
Tableau 2-9: Valeurs admises pour A2_CODE_STAT_INSURANCE: Code d'assurabilité du patient pendant le séjour, jusqu'au RHM2011 24
Tableau 2-10: Valeurs admises pour A2_CODE_STAT_INSURANCE: Code d'assurabilité du patient pendant le séjour, à partir du RHM2012.....25
Tableau 2-11: Valeurs admises pour A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: Lieu avant l'admission.....26
Tableau 2-12: Valeurs admises pour A2_CODE_ADM: Type d'admission 27
Tableau 2-13: Valeurs admises pour A2_CODE_ADRBY: Adressé par.....29
Tableau 2-14: Valeurs admises pour A2_CODE_DESTINATE: Destination 30
Tableau 2-15 : Valeurs admises pour A2_CODE_DISCHARGE : Type de sortie.....31
Tableau 2-16: Valeurs admises pour A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: Type de système de codification pour le diagnostic d'admission vérifié.....32
Tableau 2-17: Valeurs admises pour A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: Type de système de codification pour la cause de décès.....34
Tableau 3-1: Structure d'un enregistrement de STAYSPEC (A3): Données relatives au séjour en spécialité 36
Tableau 3-2: Valeurs admises pour les trois premiers caractères de CODE_SPEC: Code de spécialité 37
Tableau 4-1: Structure d'un enregistrement de STAYINDX (A4): Données relatives au séjour en index de lit 43
Tableau 4-2: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC: Code d'index de lit pour la facturation (partie 1).....45
Tableau 4-3: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC: Code d'index de lit pour la facturation (partie 2).....47
Tableau 4-4: Détermination de A4_NUMBER_DAY_FAC: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement actuelle 49
Tableau 4-5: Détermination de A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement précédente 51
Tableau 5-1: Structure d'un enregistrement de STAYUNIT (A5): Données relatives au séjour en unité de soins 55
Tableau 6-1: Structure d'un enregistrement de TRANSPOR (A6): Données relatives au moyen de transport utilisé 60
Tableau 6-2: Valeurs admises pour TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport dans le fichier TRANSPOR 62
Tableau 6-3 : Spécifications de CODE_TRANSPORT: Code de moyen de transport dans le fichier TRANSPOR 62
Tableau 6-4 : CODE_TRANSPORT pour les SMUR étrangers 62
Tableau 7-1: Structure d'un enregistrement de ID_TRANS (A7): Liste des ambulances non agréées 64
Tableau 7-2: Valeurs admises pour TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport dans le fichier ID_TRANS 65

0. Liens entre les fichiers des données administratives



Dans le schéma ci-dessus, les ***champs clé*** (***primary keys***) des fichiers figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: **CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK.** Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

Les champs en jaune concernent les champs qui, pour un hôpital et une période d'enregistrement donnés, sont identiques dans tous les fichiers. Cette information se retrouve également dans les noms de fichiers.

XXX-Z-VERS-D-ABCDEFGH-**YYYY**-**P**.TXT =>
XXX = CODE_AGR, **YYYY** = YEAR_REGISTR en **P** = PERIOD_REGISTR
(où VERS = version de l'enregistrement, D = domaine et ABCDEFGH = nom du fichier)

Les champs en couleur concernent tous les champs qui apparaissent dans les différents fichiers et sont mutuellement dépendants. Au cas où une même combinaison de valeurs pour ces champs ne se retrouve pas dans le fichier **hiérarchiquement supérieur** (origine de la flèche bleue), le chargement s'arrête avec le message d'erreur suivant: **CONTROLES TECHNIQUES: FOREIGN KEYS NOK**.

Les **foreign keys** ne doivent pas nécessairement faire partie de la clé primaire du fichier. Dans le domaine des données administratives, nous en avons deux exemples. La combinaison des valeurs de **CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et PATNUM** du fichier STAYHOSP doit aussi exister dans fichier PATHOSPI.

Et la combinaison des valeurs de **CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR, CODE_CAMPUS et CODE_UNIT** du fichier STAYUNIT doit aussi exister dans fichier CAMPUNIT.

Dans le schéma, les fichiers sont reliés entre eux par des **flèches** et la mention **0, 1 et n**. Ce paramètre indique la proportion qui peut/doit exister entre le nombre d'enregistrements ayant la même combinaison de valeurs dans les 2 fichiers (**foreign keys** du deuxième fichier). Ces relations sont vérifiées par les contrôles des différents domaines.

1 ⇒ 1, n signifie que pour un enregistrement du premier fichier, on **doit** retrouver au moins un enregistrement dans le deuxième fichier, mais qu'on **peut** aussi éventuellement en trouver davantage (n).

> **BA1040701**: POUR CHAQUE NUMERO ANONYME DE PATIENT (PATNUM) DANS LE FICHIER PATHOSPI ON DOIT RETROUVER AU MOINS 1 RECORD DANS LE FICHIER STAYHOSP.

1 ⇒ 0, n signifie que pour un enregistrement dans le premier fichier il **ne doit pas nécessairement** y avoir un enregistrement dans le deuxième fichier, mais que cela est possible et qu'il **peut** éventuellement aussi y en avoir plusieurs (n) => pas de contrôle nécessaire.

1 ⇒ (0), 1, n signifie que dans **certains cas déterminés**, un enregistrement dans le premier fichier n'implique **pas nécessairement** un enregistrement dans le deuxième fichier, mais que dans tous les autres cas il doit y en avoir un ou plus.

Ceci concerne principalement A2_HOSPTYPE_FAC = N, l'enregistrement temporaire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises.

> **BA2000001**: POUR CHAQUE NUMERO DE SEJOUR (STAYNUM) DANS LE FICHIER STAYHOSP ON DOIT RETROUVER AU MOINS 1 RECORD DANS LE FICHIER STAYSPEC (SAUF POUR A2_HOSPTYPE_FAC =N).

Mais cela peut aussi concerner par exemple certains types d'unités de soins.

> **GS3000007**: TOUTE COMBINAISON DE SITE ET D'UNITE DE SOINS DANS LE FICHIER CAMPUNIT DOIT AU MOINS 1 FOIS SE RETROUVER DANS LE FICHIER STAYUNIT (SAUF MOB)

1 ⇒ [0] signifie que dans des **cas déterminés**, aucun enregistrement ne peut se retrouver dans le deuxième enregistrement.

> **BA5070801**: UN PATIENT NE PEUT PAS SEJOURNER DANS UNE UNITE DE SOINS MOB (UNITE DE SOINS DE TYPE 2).

1. PATHOSPI (A1): Données relatives au patient

1.1. *NOM*

XXX-Z-VERS-A-**PATHOSPI**-YYYY-P.TXT

Exemple:
001-Z-2.0-A-**PATHOSPI**-2012-1.TXT

1.2. *CONTENU*

Ce fichier contient des informations sur les patients qui ont séjourné dans cet hôpital pendant la période d'enregistrement.

Y figurent les données qui restent constantes dans le temps et qui sont donc aussi identiques pour toutes les réadmissions. Actuellement, seule l'année de naissance du patient est demandée.

1.3. *SUBDIVISION*

Chaque patient dont un séjour (ou une partie d'un séjour de longue durée) a été enregistré pendant la période d'enregistrement doit se retrouver dans ce fichier, même si le numéro anonyme de patient (attribué à vie) a été attribué lors d'une période ou année d'enregistrement précédente.

Concrètement, cela signifie qu'il faut toujours compléter PATHOSPI pour les séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N) et les séjours de longue durée (tant le premier enregistrement, que l'enregistrement intermédiaire et l'enregistrement final: A2_HOSPTYPE_FAC = F, M, L).

En cas de réadmission d'un patient au sein du même hôpital pour une même période, aucun nouvel enregistrement (record) ne peut être créé dans PATHOSPI. Ainsi, le nombre d'enregistrements dans le fichier PATHOSPI sera inférieur au total des hospitalisations pour la période (STAYHOSP). Si le nombre d'enregistrements dans le fichier PATHOSPI est identique au nombre d'enregistrements dans le fichier STAYHOSP (où un seul enregistrement est généré par hospitalisation), cela signifie soit qu'aucun patient n'a été réadmis pendant cette période soit que les règles pour le maintien constant du numéro anonyme de patient n'ont pas été respectées.

Pour tout numéro anonyme de patient dans PATHOSPI, on doit avoir au moins un enregistrement/séjour dans STAYHOSP, sinon on obtient le message d'erreur suivant: CONTRÔLES TECHNIQUES FOREIGN KEYS NOK (cf. point 0. Liens entre les fichiers).

La foreign key de ce fichier doit se retrouver dans le fichier HOSPITAL (S1). Cela signifie que la combinaison des valeurs de CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR doit aussi exister dans HOSPITAL (cf. point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 1-1: Structure d'un enregistrement de PATHOSPI (A1): Données relatives au patient

Colonne C1	M : Champ obligatoire	O : Champ optionnel	
Colonne C2	F : Longueur fixe	V : Longueur variable	
Colonne C3	C : Champ caractère	N : Champ numérique	ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: un champ obligatoire non rempli génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.
Colonnes C2 et C3: une longueur ou un type de champ inexact génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES-DATA FORMATS NOK.

Dans le tableau ci-dessous, les ***champs clés*** (***primary keys***) du fichier figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign key
Champ 1	***CODE_AGR***	***Numéro d'agrément de l'hôpital***	***M***	***F***	***C***	***3***	**S1**
#							
Champ 2	***YEAR_REGISTR***	***Année d'enregistrement***	***M***	***F***	***N***	***4***	**S1**
#							
Champ 3	***PERIOD_REGISTR***	***Période d'enregistrement***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	**S1**
#							
Champ 4	***PATNUM***	***Numéro anonyme de patient***	***M***	***V***	***C***	***1-20***	
#							
Champ 5	A1_YEAR_BIRTH	Année de naissance	M	F	N	4	
#							

1.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES

Les flèches –> symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans les différents fichiers sont décrits dans le premier fichier de la hiérarchie. Pour les champs CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR ce sera donc le fichier HOSPITAL (S1).

A1 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 –> A1 - Champ clé

A1 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 –> A1 - Champ clé

A1 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 –> A1 - Champ clé

A1 / Champ 4 ⇒ PATNUM: Numéro anonyme de patient

A1 - Champ clé
Longueur minimale: 1 caractère
Longueur maximale: 20 caractères
Spécifications des caractères:

- lettres majuscules et chiffres
- NE PEUT PAS être blanc
- ne peut pas comporter d'espace
- ne peut jamais avoir un '0' (zéro) comme premier caractère.

L'AR définit en son article 11, 1°, b) le numéro anonyme de patient comme suit:

'le numéro d'enregistrement du patient, qui doit être unique par hôpital et qui ne peut contenir la moindre donnée personnelle'

Le numéro anonyme de patient doit être formulé de manière telle que l'anonymat du patient reste garanti intégralement. Il ne peut contenir aucune donnée personnelle, comme la date de naissance.

L'hôpital attribue un seul numéro anonyme de patient (numéro d'enregistrement visé dans l'AR) à un patient en particulier **pour toute sa vie**. Pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés (pour lesquels les données infirmières doivent déjà être enregistrées), le PATNUM d'un patient doit donc être le même numéro pour l'enregistrement restreint et pour l'enregistrement définitif. Chaque nouveau-né reçoit lui aussi son propre numéro anonyme unique de patient.

Le numéro anonyme de patient PATNUM est défini dans le fichier PATHOSPI et NE PEUT PAS être confondu avec le numéro de séjour STAYNUM qui est unique par séjour hospitalier et est défini dans le fichier STAYHOSP. A chaque admission du patient dans un même hôpital, il conserve son propre numéro anonyme de patient, mais reçoit un nouveau numéro de séjour. Il peut donc y avoir plusieurs numéros de séjour pour un même numéro de patient.

Les numéros anonymes de patients sont considérés comme nouveaux pour toute sortie depuis le 1er janvier 2008. En d'autres termes, on peut donc exceptionnellement changer de numéro également pour les enregistrements intermédiaires et les enregistrements finaux d'un séjour de longue durée.

A1 / Champ 5 ⇒ A1_YEAR_BIRTH: Année de naissance

Champ obligatoire
Format fixe: 4 chiffres
Exemple: #2001#

S'il est impossible d'obtenir l'année de naissance du patient (par exemple en interrogeant les proches), celle-ci doit être estimée.

2. STAYHOSP (A2): Données relatives au séjour

2.1. *NOM*

XXX-Z-VERS-A-**STAYHOSP**-YYYY-P.TXT

Exemple:
001-Z-2.0-A-**STAYHOSP**-2012-1.TXT

2.2. *CONTENU*

STAYHOSP contient pour chaque séjour de patient à l'hôpital un seul enregistrement avec, entre autres, les date d'admission et de sortie et le nombre total de journées à facturer. La durée de séjour calculée n'est plus demandée. Elle est calculée sur la base des dates d'admission et de sortie.

Pour le reste, ce fichier contient des données administratives pour le séjour hospitalier. Les données notées ici concernent l'**admission à l'hôpital.**

En d'autres termes, STAYHOSP contient donc des informations générales relatives au séjour à l'hôpital et des données relatives au patient, qui peuvent évoluer avec le temps (de séjour en séjour), tel que le domicile, la nationalité et le sexe.

Pour l'enregistrement RHM, un séjour commence dès qu'un patient se présente à l'hôpital et se termine quand le patient quitte l'hôpital. Le séjour d'un bébé né à l'hôpital commence à la naissance (date et heure de la naissance). Les séjours ne sont jamais scindés pour des raisons de règles de facturation.

Exemples:

- Pour un bébé près de sa mère, il n'y a pas de facturation en N*. Mais il y a facturation lors du transfert en NIC. Pour le RHM, il s'agit d'un seul séjour. Si la mère ne séjourne plus à l'hôpital et que le bébé est en N*, on facture un prix de journée à zéro euro pour le bébé en N*.
- Lorsque la mère sort de l'hôpital (et que le bébé reste), le séjour du bébé N'EST PAS non plus subdivisé.
- Le service des urgences produit une facturation ambulatoire tant qu'on ignore si le patient sera hospitalisé. Les codes INAMI des patients hospitalisés doivent être utilisés dès l'instant où cette information est connue. Pour ce patient aussi, il n'y a qu'un seul enregistrement RHM, quel que soit le moment de la décision d'admission.

2.3. *SUBDIVISION*

Ce fichier compte précisément un seul enregistrement pour chaque séjour hospitalier (également pour l'hospitalisation de jour, les urgences ambulatoires et pour les séjours non terminés). En d'autres termes: x séjours au cours d'une période d'enregistrement déterminée = x enregistrements dans STAYHOSP.

La foreign key de ce fichier doit se retrouver dans le fichier PATHOSPI (A1). Cela signifie que la combinaison des valeurs de CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et PATNUM doit aussi exister dans PATHOSPI (cf. point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 2-1: Structure d'un enregistrement de STAYHOSP (A2): Données relatives au séjour

Colonne C1	M : Champ obligatoire O : Champ optionnel
Colonne C2	F : Longueur fixe V : Longueur variable
Colonne C3	C : Champ caractère N : Champ numérique ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: un champ obligatoire non rempli génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.
Colonnes C2 et C3: une longueur ou un type de champ inexact génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES-DATA FORMATS NOK.

Dans le tableau ci-dessous, les ***champs clés*** (***primary keys***) du fichier figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 1	***CODE_AGR***	***Numéro d'agrément de l'hôpital***	***M***	***F***	***C***	***3***	**A1**
#							
Champ 2	***YEAR_REGISTR***	***Année d'enregistrement***	***M***	***F***	***N***	***4***	**A1**
#							
Champ 3	***PERIOD_REGISTR***	***Période d'enregistrement***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	**A1**
#							
Champ 4	***STAYNUM***	***Numéro de séjour***	***M***	***V***	***C***	***1-15***	
#							
Champ 5	A2_YEAR_HOSP_IN	Année d'admission à l'hôpital	M	F	N	4	
#							
Champ 6	A2_MONTH_HOSP_IN	Mois d'admission à l'hôpital	M	V	N	1-2	
#							
Champ 7	A2_DAY_HOSP_IN	Quantième du mois d'admission à l'hôpital	M	V	N	1-2	
#							
Champ 8	A2_YEAR_HOSP_OUT	Année de sortie de l'hôpital	O	F	N	0 ou 4	
#							
Champ 9	A2_MONTH_HOSP_OUT	Mois de sortie de l'hôpital	O	V	N	0 ou 1-2	
#							
Champ 10	A2_DAY_HOSP_OUT	Quantième du mois de sortie de l'hôpital	O	V	N	0 ou 1-2	
#							
Champ 11	A2_HOUR_HOSP_OUT	Sortie de l'hôpital - Heure	O	V	N	0 ou 1-2	
#							
Champ 12	A2_MIN_HOSP_OUT	Sortie de l'hôpital - Minutes	O	V	N	0 ou 1-2	
#							
Champ 13	A2_HOSPTYPE_CAT	Catégorie de séjour hospitalier	M	F	C	1	
#							
Champ 14	A2_HOSPTYPE_FAC	Type de séjour hospitalier (selon la facturation)	M	F	C	1	
#							

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 15	A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC	Nombre total de journées à facturer complètement (jusqu'à la fin de la période d'enregistrement) pour le séjour hospitalier	M	V	N	1–5	
#							
Champ 16	A2_CODE_READMISSION	Code de réadmission	M	F	C	1	
#							
Champ 17	A2_CODE_SEX	Sexe	M	F	C	1	
#							
Champ 18	A2_CODE_INDIC_AGE	Indicateur d'âge	M	F	C	1	
#							
Champ 19	A2_CODE_ZIP	Code postal belge	M	F	C	4	
#							
Champ 20	A2_CODE_COUNTRY	Code de pays	M	V	C	3	
#							
Champ 21	A2_CODE_INDIC_NAT	Indicateur de nationalité	M	F	C	2	
#							
Champ 22	A2_CODE_STAT_INSURANCE	Code d'assurabilité du patient pendant le séjour	M	V	C	1 (3 à partir du RHM2012)	
#							
Champ 23	A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM	Lieu avant l'admission	M	F	C	1	
#							
Champ 24	A2_CODE_ADM	Type d'admission	M	F	C	1	
#							
Champ 25	A2_CODE_ADRBY	Adressé par	M	F	C	1	
#							
Champ 26	A2_CODE_DESTINATE	Destination	M	F	C	1	
#							
Champ 27	A2_CODE_DISCHARGE	Type de sortie	M	F	C	1	
#							
Champ 28	A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM	Type de système de codification pour le diagnostic d'admission vérifié	M	F	C	1	
#							
Champ 29	A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM	Diagnostic d'admission vérifié	M	V	C	3 - 6	
#							
Champ 30	A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH	Type de système de codification pour la cause de décès	M	F	C	1	
#							
Champ 31	A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH	Cause de décès	O	V	C	0 ou 3-6	
#							
Champ 32	PATNUM	Numéro anonyme de patient	M	V	C	1-20	A1
#							

2.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES

Toutes les directives valent aussi pour les séjours de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = F, M, L) et l'enregistrement provisoire de séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N), sauf indication contraire.

Les flèches –> symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans les différents fichiers sont décrits dans le premier fichier de la hiérarchie. Pour les champs CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR ce sera donc le fichier HOSPITAL (S1) et pour PATNUM ce sera le fichier PATHOSP (A1).

A2 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 –> A1 –> A2 - Champ clé

A2 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 –> A1 –> A2 - Champ clé

La règle générale est l'obligation d'enregistrer au moment de la sortie du patient de l'hôpital. Par conséquent, l'année d'enregistrement est l'année de sortie, sauf pour la première partie et la partie intermédiaire des séjours de longue durée et pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises.

Dans le cas de l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N), il s'agit de l'année de l'enregistrement des items infirmiers. Dans l'enregistrement définitif, ce doit être l'année de sortie (A2_HOSPTYPE_FAC = H) ou l'année d'enregistrement dans le cas d'un premier enregistrement d'un séjour de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = F).

A2 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 –> A1 –> A2 - Champ clé

Voir aussi les remarques relatives à YEAR_REGISTR ci-dessus.

A2 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 - Champ clé
Longueur minimale: 1 caractère
Longueur maximale: 15 caractères
Spécifications des caractères:

- lettres majuscules et chiffres
- NE PEUT PAS être blanc
- ne peut pas comporter d'espace
- ne peut jamais avoir un '0' (zéro) comme premier caractère.

Le numéro de séjour est différent pour chaque séjour hospitalier à l'intérieur d'une période d'enregistrement. Ce numéro est unique pour chaque séjour d'un patient à l'hôpital. En d'autres termes, un patient reçoit un AUTRE numéro de séjour en cas de réadmission dans le même hôpital. Le code réadmission doit alors être complété.

Ce numéro reste identique pour tout le séjour, même si celui-ci s'étend sur plus d'une période d'enregistrement et est scindé sur plusieurs périodes d'enregistrements (séjours de longue durée et séjours non terminés).

Le numéro de séjour doit être formulé de manière telle que l'anonymat du patient reste garanti intégralement. Il ne peut comporter des données personnelles telles que la date de naissance, par exemple.

Le numéro de séjour n'est pas le même que le numéro anonyme de patient (cf. PATNUM dans le fichier PATHOSPI).

Le lien entre le numéro de dossier de l'hôpital et le numéro de séjour doit pouvoir être retrouvé pendant au moins 5 ans.

Chaque nouveau-né reçoit son propre numéro de séjour à la naissance. Le fait que la mère séjourne ou non à l'hôpital ou qu'elle en sorte plus tôt ou plus tard que le bébé n'a **AUCUNE INFLUENCE** sur l'enregistrement du séjour de ce dernier. **Dès la naissance**, il y a lieu de prévoir, pour le bébé, **un enregistrement RHM propre** avec numéro de patient et numéro de séjour. Ce séjour est ininterrompu jusqu'au moment de la sortie de l'hôpital, que celle-ci ait lieu ou non en même temps que celle de la mère.

Chaque contact ambulatoire avec le service des urgences reçoit également un propre numéro de séjour unique.

A2 / Champ 5 ⇒ A2_YEAR_HOSP_IN: Année d'admission à l'hôpital

Champ obligatoire
Format fixe: 4 chiffres
Exemple: #2007#

A2 / Champ 6 ⇒ A2_MONTH_HOSP_IN: Mois d'admission à l'hôpital

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #7#, #12#

A2 / Champ 7 ⇒ A2_DAY_HOSP_IN: Quantième du mois d'admission à l'hôpital

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #1#, #25#

A2_YEAR_HOSP_IN + A2_MONTH_HOSP_IN + A2_DAY_HOSP_IN = date d'admission à l'hôpital

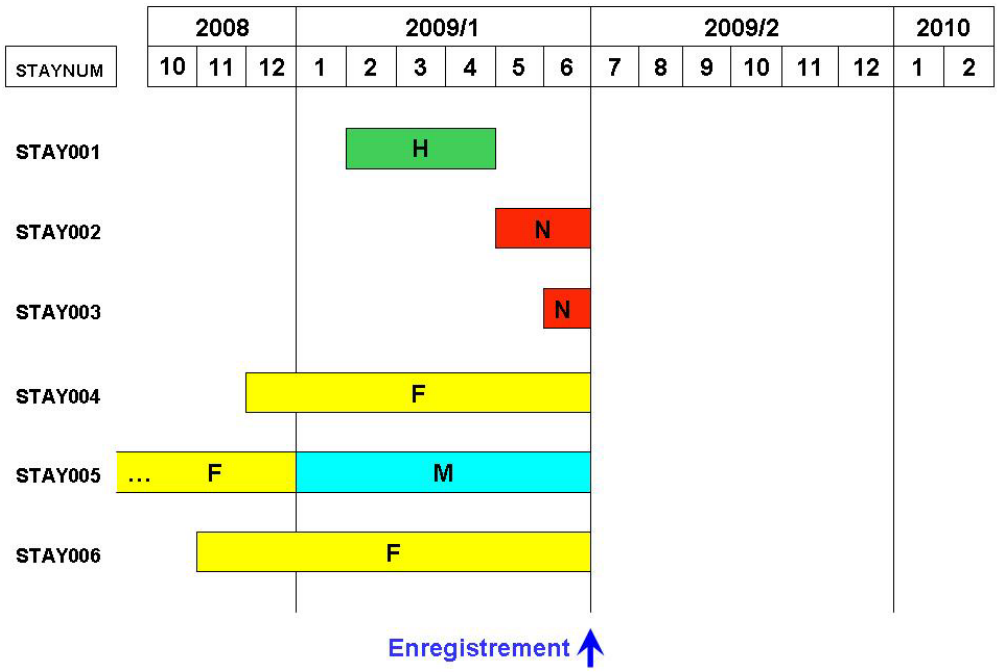
On notera dans ces 3 champs la date réelle d'admission à l'hôpital, également pour les **séjours de longue durée et les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises**.

- Pour A2_HOSPTYPE_FAC = **N**, la date d'admission à l'hôpital doit se situer dans le semestre d'enregistrement actuel.
- Pour A2_HOSPTYPE_FAC = **H**, la date d'admission à l'hôpital peut se situer dans le semestre d'enregistrement actuel ou dans le précédent.

- Pour A2_HOSPTYPE_FAC = **C, D, U**, la date d'admission à l'hôpital doit se situer dans le semestre d'enregistrement actuel ou le dernier jour du semestre d'enregistrement précédent.
- Pour A2_HOSPTYPE_FAC = **F**, la date d'admission à l'hôpital doit se situer dans le semestre d'enregistrement précédent.
- Pour A2_HOSPTYPE_FAC = **M, L**, la date d'admission à l'hôpital doit se situer avant le semestre d'enregistrement précédent.

Deux schémas explicatifs des séjours avec nuitée à l'hôpital sont donnés ci-dessous. Il s'agit toujours des mêmes séjours (les mêmes STAYNUM pour les deux schémas) mais à deux périodes d'enregistrement différentes. Le premier schéma correspond à des enregistrements à la fin du semestre 2009|1 et le second à la fin du semestre 2009|2.

Schéma 1: Enregistrement 2009|1



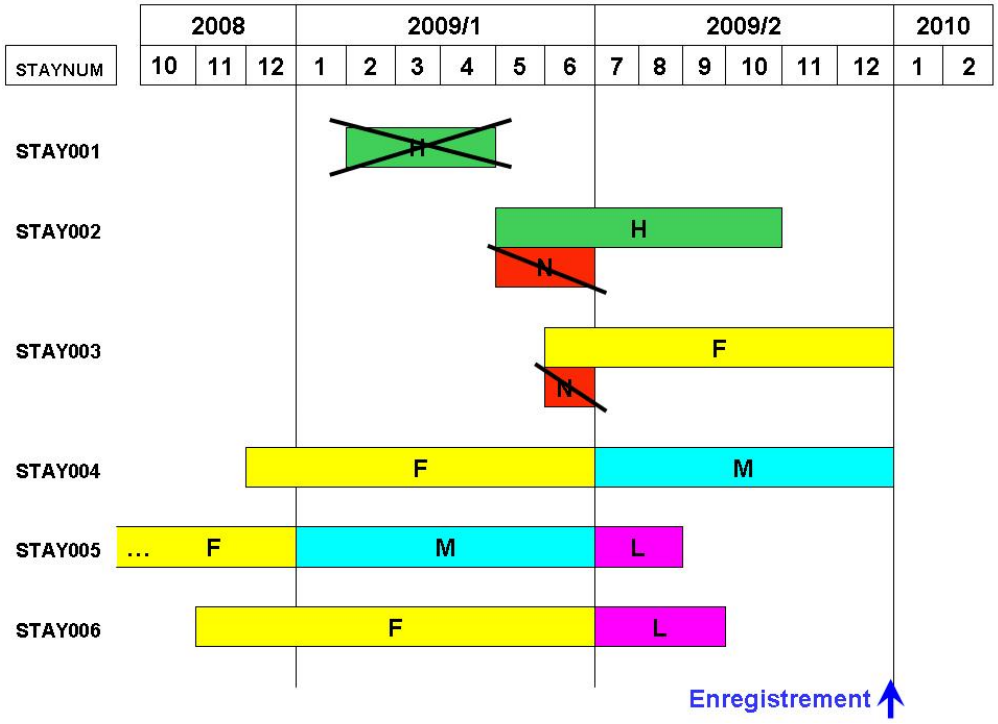
Le séjour STAY001 est un séjour classique avec à la fois une date d'admission et une date de sortie dans le premier semestre 2009 (A2_HOSPTYPE_FAC = H). Ce séjour doit donc être enregistré en 2009|1.

Les séjours STAY002 et STAY003 figurent dans le semestre d'enregistrement 2009|1 en tant qu'enregistrement provisoire de séjours non terminés pour lesquels les données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N). Dans le document référencé au point 9. Information supplémentaire: *'Information supplémentaire sur les séjours non terminés'*, on décrit ce qui doit être enregistré pour les séjours de type A2_HOSPTYPE_FAC = N. À noter à ce propos que la date d'admission de STAY003 coïncide avec la première quinzaine de juin 2009 et que les items infirmiers doivent donc être enregistrés. Si un patient est hospitalisé après le 15 juin 2009 (et n'est pas encore sorti le 30 juin 2009), aucune donnée relative à ce patient ne sera enregistrée pour 2009|1. La date d'admission de STAY002 est en mai 2009, les items infirmiers doivent donc aussi être enregistrés pour ce séjour hospitalier.

Les séjours STAY004, STAY005 et STAY006 concernent des séjours de longue durée. Pour STAY004 et STAY006, on note pour le premier semestre de 2009 le premier enregistrement d'un

séjour de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = F). Pour STAY005, on note pour le premier semestre de 2009 l'enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = M).

Schéma 2: Enregistrement 2009|2



Le séjour STAY001 ne doit plus être enregistré pour le second semestre de 2009 (se situait entièrement en 2009|1).

Le schéma 2 montre que le patient avec le numéro de séjour STAY002 a quitté l'hôpital dans le courant du mois d'octobre 2009 et que, donc, ce séjour est repris pour le semestre d'enregistrement 2009|2 comme séjour classique (A2_HOSPTYPE_FAC = H). Pour 2009|2, il faut donc réaliser un enregistrement complet à l'exception des données infirmières (ITEMDIVG), qui ont déjà été enregistrées définitivement en 2009|1 (avec A2_HOSPTYPE_FAC = N). Les données définitives de ce fichier issues de l'enregistrement de 2009|1 ne sont donc plus reprises dans l'enregistrement 2009|2, seules les nouvelles données du second semestre 2009 y étant enregistrées.

Le patient avec le séjour STAY003 n'a pas encore quitté l'hôpital à la fin du semestre d'enregistrement 2009|2. Par conséquent, ce séjour est repris comme premier enregistrement d'un séjour de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = F). Pour 2009|2, il faut donc effectuer l'enregistrement pour le premier enregistrement d'un séjour de longue durée (à l'exception des données infirmières, car pour A2_HOSPTYPE_FAC = N le nécessaire a déjà été enregistré définitivement pour 2009|1).

Les séjours STAY004, STAY005 et STAY006 sont des séjours de longue durée. Pour STAY005 et STAY006, on enregistre pour 2009|2 l'enregistrement final d'un séjour de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = L). Pour STAY004, on note pour le second semestre de 2009 l'enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = M).

A2 / Champ 8 ⇒ A2_YEAR_HOSP_OUT: Année de sortie de l'hôpital

Champ optionnel
Format fixe: 0 ou 4 chiffres
Exemple: ## , #2008#

A2 / Champ 9 ⇒ A2_MONTH_HOSP_OUT: Mois de sortie de l'hôpital

Champ optionnel
Longueur minimale: 0 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: ##, #1#, #12#

A2 / Champ 10 ⇒ A2_DAY_HOSP_OUT: Quantième du mois de sortie de l'hôpital

Champ optionnel
Longueur minimale: 0 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: ##, #3#, #25#

A2_YEAR_HOSP_OUT + A2_MONTH_HOSP_OUT + A2_DAY_HOSP_OUT = date de sortie de l'hôpital

La date de sortie de l'hôpital **doit se situer dans** la période d'enregistrement, sauf pour les **séjours non terminés** pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises et pour le premier enregistrement et les enregistrements intermédiaires d'un **séjour de longue durée**. Ces champs ne sont pas complétés (##) parce que ces patients ne sont pas encore sortis à la fin de la période d'enregistrement.

A2 / Champ 11 ⇒ A2_HOUR_HOSP_OUT: Sortie de l'hôpital - Heure

Champ optionnel
Longueur minimale: 0 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: ## , #0# , #23# (jamais #24#)

On complète ici l'heure de sortie réelle.

Pour les **séjours non terminés** pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises et pour le premier enregistrement et les enregistrements intermédiaires d'un **séjour de longue durée**, ce champ n'est pas encore complété (##) parce que le patient n'est pas encore sorti à la fin de la période d'enregistrement.

A2 / Champ 12 ⇒ A2_MIN_HOSP_OUT: Sortie de l'hôpital - Minutes

Champ optionnel
Longueur minimale: 0 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: ## , #0# , #59# (jamais #60#)

On note le moment réel de la sortie.

Pour les **séjours non terminés** pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises et pour le premier enregistrement et les enregistrements intermédiaires d'un **séjour de longue durée**, ce champ n'est pas encore complété (##) parce que le patient n'est pas encore sorti à la fin de la période d'enregistrement.

A2 / Champ 13 ⇒ A2_HOSPTYPE_CAT: Catégorie de séjour hospitalier

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère (voir tableau ci-dessous)

Cette classification n'a été utilisée que jusqu'au 31/12/2009 pour établir une distinction entre les séjours psychiatriques complets (P) et le reste (R). Le libellé initial était donc A2_HOSPTYPE_P_nP. Depuis 2010|1, les hôpitaux sont tenus de faire une distinction entre P, R, G, O et E pour les hospitalisations sans nuitées (hôpital de jour).

Tableau 2-2: Valeurs admises pour A2_HOSPTYPE_CAT: Catégorie de séjour hospitalier

	CODE	DESCRIPTION
Hospitalisation classique (avec nuitée)	P	Séjour psychiatrique complet
	R	Tous les autres types de séjours
Hospitalisation sans nuitée	P	Séjour psychiatrique complet
	G	Hôpital de jour gériatrique
	O	Hôpital de jour oncologique
	E	Hôpital de jour pédiatrique
	R	Tous les autres types de séjour (toutes les autres formes d'hospitalisation de jour non-chirurgicale ou chirurgicale et urgence ambulatoire)

Pour l'enregistrement provisoire des **séjours non terminés** pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises, il faut toujours utiliser le code R. Lors de l'enregistrement définitif, ce code R devra aussi être utilisé (Et pas le code P vu que les items infirmiers ne doivent pas être enregistrés pour les séjours entièrement psychiatriques, A2_HOSPTYPE_FAC=N n'est donc pas d'application pour ce type de séjour).

1) SÉJOUR PSYCHIATRIQUE COMPLET (P)

Le patient n'a séjourné que dans un service psychiatrique d'un hôpital général (PAAZ) ou a été admis à l'hôpital via le service des urgences, d'où il a été transféré vers un service psychiatrique (PAAZ). Le patient n'a ensuite plus séjourné dans aucun autre service de l'hôpital.

Dans STAYINDX, on ne facture que sur un index de lit A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2 ou IB.
Exception : Le patient a été admis via le service des urgences et y a séjourné suffisamment longtemps pour qu'une journée de soins y soit facturée. Dans ce cas on peut avoir 1 journée de soins (et 1 seule) facturée sur un index de lit différent de A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2 ou IB. La date d'admission et de sortie de cet index de lit doivent coïncider respectivement avec la date d'admission et de sortie de l'unité de soins des urgences (URG).

Dans STAYSPEC, en principe, seules des spécialités AKT sont enregistrées, ou alors la première spécialité est une spécialité URG et toutes les suivantes sont des spécialités AKT.

Dans STAYUNIT, en principe, seules des unités de soins AKT sont enregistrées, ou alors la première unité est une unité URG et toutes les suivantes sont des unités de soins AKT.

Il s'agit des séjours facturés uniquement dans un service AKT. Les patients peuvent éventuellement aussi séjourner dans un service d'urgence.

Il n'y a pas d'âge minimum ou maximum pour les patients en service K. Un bébé peut donc aussi se trouver en service K. L'âge minimum pour les patients en service A et T est de 15 ans. Ces normes d'âge figurent dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Pour ces séjours dans un service psychiatrique (lits A, K ou T), seules les données administratives doivent être communiquées (pour le RPM).

Dans le champ 8 CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE, où la règle veut que l'on doive toujours noter un **diagnostic principal**, on peut utiliser les lettres #AAAAAA# pour ces séjours au lieu d'un code de diagnostic ICD-9-CM.

Pour le **diagnostic vérifié à l'admission** (champ 29 A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM du fichier STAYHOSP), ces séjours doivent aussi être complétés par #AAAAAA#. Le DRG devient 'AAA'. Toutefois, lorsque le patient a été admis via les urgences, le diagnostic vérifié à l'admission doit être complété par #UUUAAA#. On obtient alors un DRG 'UAA'.

Il ne faut pas enregistrer de codes ICD-9-CM ni au service des urgences ni dans les services psychiatriques.

Pour de plus amples informations sur le Grouper, voir point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les diagnostics et le grouper*.

2) HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE (G)

Relève de l'hospitalisation gériatrique de jour toute hospitalisation de jour réalisée:

- soit dans l'hôpital de jour gériatrique tel que décrit dans le contrat relatif au projet pilote visant la création de la fonction hôpital de jour gériatrique dans le cadre du programme de soins gériatriques,
- soit dans un hôpital de jour agréé pour le patient gériatrique, tel que défini à l'arrêté royal du 29/01/2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles un programme de soins pour patients gériatriques doit répondre pour être agréé, et d'autre part, les normes complémentaires particulières d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers.

3) HÔPITAL ONCOLOGIQUE DE JOUR (O)

Est visée ici l'hospitalisation de jour dans un programme de soins d'oncologie tel que décrit dans l'AR du 21 mars 2003.

Conditions:

- L'établissement doit être agréé en oncologie.
- Le patient doit être soigné par l'équipe visée à cette fin.
- Le patient doit appartenir au groupe cible du programme de soins.

4) HÔPITAL DE JOUR PÉDIATRIQUE (E)

Est visée ici l'hospitalisation de jour dans un programme de soins pour enfants tel que décrit dans les AR des 13 juillet 2006 et 28 mars 2007.

A2 / Champ 14 ⇒ A2_HOSPTYPE_FAC: Type de séjour hospitalier (selon la facturation)

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-3: Valeurs admises pour A2_HOSPTYPE_FAC: Type de séjour hospitalier (selon la facturation)

	CODE	DESCRIPTION	
Hospitalisation classique (avec nuitée)	H	Hospitalisation classique (paiement d'un prix à la journée d'hospitalisation)	
	F	Séjours de longue durée	Premier enregistrement
	M		Enregistrement intermédiaire
	L		Enregistrement final
	N	Enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises	
Hospitalisation sans nuitée	C	Hospitalisation de jour chirurgicale	
	D	Hospitalisation de jour non-chirurgicale	
	U	Contact avec le service des urgences sans hospitalisation, uniquement urgence ambulatoire	

Toutes les combinaisons des champs A2_HOSPTYPE_CAT et A2_HOSPTYPE_FAC peuvent se présenter, tant dans l'hospitalisation classique (avec nuitée) que dans l'hospitalisation sans nuitée.

1) HOSPITALISATION CLASSIQUE (H)

Règle générale : il s'agit des séjours de patients avec nuitée, également des nourrissons et des patients étrangers.

Les séjours sans nuitée entrent en considération à condition de donner lieu à facturation d'une journée d'hospitalisation.

> Exemple:
> Un patient se présente à 15:00 à l'hôpital et décède des suites de ses blessures à 19:00 (= pas de nuitée). Selon la réglementation INAMI en matière de facturation de journées d'hospitalisation, une telle situation donne lieu à facturation d'une journée d'hospitalisation; il s'agit donc d'une hospitalisation classique.

2) SÉJOUR DE LONGUE DURÉE (F, M, L)

On parle de séjour de longue durée lorsque, **à la fin d'un semestre d'enregistrement, le patient n'est pas encore sorti d'hospitalisation et qu'il séjourne à l'hôpital depuis au moins six mois de façon interrompue**.

Attention : il ne faut pas confondre séjours de longue durée avec séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises. De plus amples informations sur les séjours non terminés peuvent être retrouvées au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés.*

L'enregistrement d'un séjour de longue durée est scindé (avec maintien du même numéro de séjour et du même numéro anonyme de patient), de sorte que les données sont disponibles le plus rapidement possible pour le SPF.

Différentes parties d'un séjour de longue durée:

Premier enregistrement (A2_HOSPTYPE_FAC = F):

Les premières données doivent être communiquées si, la fin d'un semestre d'enregistrement, le patient n'est pas encore **sorti d'hospitalisation et** s'il séjourne à l'hôpital déjà depuis **au moins six mois**. Cet enregistrement contient donc des données du semestre actuel et du semestre précédent.

Exemple pour la période d'enregistrement 2009|1:
Pour les patients admis entre le 1/7/2008 et le 31/12/2008 et qui n'étaient pas encore sortis d'hospitalisation au 30/6/2009, les données sont communiquées depuis l'admission jusqu'à la fin de la période d'enregistrement (pour 2009|1, il s'agit du 30/6/2009).

Enregistrement intermédiaire (A2_HOSPTYPE_FAC = M):

Pour chaque semestre **complet** suivant que le patient passe à l'hôpital, un enregistrement doit également être établi et transmis. Cet enregistrement ne comporte que les données concernant le semestre d'enregistrement.

Exemple pour la période d'enregistrement 2009|1:
Pour les patients admis avant le 1/7/2008 et qui n'étaient pas encore sortis d'hospitalisation au 30/6/2009 et pour lesquels un premier enregistrement ou un enregistrement intermédiaire a déjà été communiqués au cours de l'enregistrement 2008|2, les données relatives à la période du 1/1/2009 au 30/6/2009 sont transmises pour l'enregistrement 2009|1.

Enregistrement final (A2_HOSPTYPE_FAC = L):

Seules les données du dernier semestre au cours duquel le patient sort d'hospitalisation doivent être communiquées sans qu'il faille d'abord établir une synthèse de tout le séjour.

Exemple pour la période d'enregistrement 2009|1:
Pour les patients admis avant le 1/7/2008 et sortis d'hospitalisation au cours du premier semestre de 2009, toutes les données pertinentes pour la période entre le début de la période d'enregistrement (1/1/2009) et la sortie de l'hôpital sont communiquées.

3) ENREGISTREMENT PROVISOIRE DES SEJOURS NON TERMINES POUR LESQUELS DES DONNEES INFIRMIERES DOIVENT DEJA ETRE TRANSMISES (N)

Tous les séjours de patients

- qui ne sont pas encore sortis d'hospitalisation à la fin de la période d'enregistrement et
- qui ont séjourné dans une unité de soins où un DI-RHM doit être enregistré
- et ce, pendant au moins 1 épisode de soins pendant une période DI-RHM (qu'un item DI-RHM ait ou non été enregistré) et
- qui ne sont pas des séjours de longue durée (le type de séjour hospitalier n'est pas #F#, #M# ou #L#).

Un **enregistrement limité** doit être réalisé pour ces séjours.

En outre, un **enregistrement définitif** complet doit avoir lieu lors de la période d'enregistrement suivante (après la sortie de l'hôpital ou lors du premier enregistrement d'un séjour de longue durée) à l'exception des données infirmières ((ITEMDIVG).

Cf. aussi point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés*.

4) HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE (C)

La fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" est définie dans l'AR du 25 novembre 1997.

Tous les séjours en hospitalisation de jour avec une prestation de la liste 'A' (annexe 3, point 6, de l'AR du 25 avril 2002 *relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens*

financiers des hôpitaux, modifié par l'annexe 1 de l'AR du 4 juin 2003 modifiant l'AR du 25 avril 2002 *relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux* et à toutes les modifications suivantes éventuelles) sont considérés comme hospitalisation chirurgicale de jour.

Depuis le 1er juillet 2002, un prix de journée d'hospitalisation et non plus un forfait est dû pour ces séjours.

5) HOSPITALISATION DE JOUR NON-CHIRURGICALE (D)

Tous les séjours pour lesquels le patient quitte l'hôpital le jour où il y est admis, conformément à l'accord visé à l'article 42 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, s'appliquent pendant la période du séjour.

La fonction hospitalisation non chirurgicale de jour est définie dans l'AR du 10 février 2008.

Un forfait hospitalisation de jour est facturé pour ces séjours.

On peut trouver plus d'information à propos de l'hospitalisation de jour dans le document référencé au point 9. Information supplémentaire: *Information supplémentaire sur les hospitalisations de jour* (point 1.1.2 Type de séjour hospitalier = #D# : fonction hospitalisation de jour non chirurgicale).

6) URGENCES AMBULATOIRES (U)

L'urgence ambulatoire ne peut être utilisée que lors d'un contact avec un service d'urgence qui ne facture aucune journée d'hospitalisation ou aucun forfait de jour.

REMARQUE:

La hiérarchie suivante s'applique à la définition du type de séjour hospitalier pour séjours courts (hospitalisation de jour):

- L'hospitalisation chirurgicale de jour (C) a toujours priorité.
- Ensuite vient l'hospitalisation de jour (D) dans des services où un forfait de jour peut être facturé.
- Le type d'urgence ambulatoire (U) ne peut être utilisé que lors d'un contact avec un service d'urgence qui ne facture pas de journée d'hospitalisation ou un forfait de jour.

De plus amples informations sur les hospitalisations de jour peuvent être retrouvées au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les hospitalisations de jour*.

A2 / Champ 15 ⇒ A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC: Nombre total de journées à facturer complètement (jusqu'à la fin de la période d'enregistrement) pour le séjour hospitalier

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 5 chiffres
Exemple: #6#

Cette valeur est égale à la somme totale **pour tout le séjour** à partir du moment de l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital ou jusqu'à la fin de la période d'enregistrement (pour la première partie et les parties intermédiaires de séjours de longue durée et pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être

transmises). Les journées d'hospitalisation à facturer en partie et celles à ne pas facturer ne sont pas incluses.

En d'autres termes, toutes les journées à facturer intégralement aux champs 10 et 11 du fichier STAYINDX doivent être additionnées pour tous les index de lits du même séjour hospitalier.

Étant donné que toutes les données de facturation ne peuvent pas être communiquées une nouvelle fois pour les parties intermédiaire et les dernières parties d'un séjour de longue durée, la somme des index de lits des champs 10 et 11 de STAYINDX pour ces séjours n'est pas égale au contenu du champ A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC. Le fichier STAYINDX donne de plus amples explications à ce sujet.

Tableau 2-4: Détermination de A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC: Nombre total de journées à facturer complètement

A2_HOSPTYPE_FAC	DESCRIPTION		A2_TOTAL_NUMBER_DAY_FAC
H	Hospitalisation classique		Total de l'admission à la sortie
F	Séjour de longue durée	F	Total de l'admission à la fin du semestre
M		M	Total de l'admission à la fin du semestre
L		L	Total de l'admission à la sortie
N	Enregistrement provisoire pour les données infirmières		Pas encore nécessaire, peut être 0 ou le total de l'admission jusqu'à la fin du semestre
C	Hospitalisation chirurgicale de jour		1
D	Hospitalisation de jour		0
U	Contact avec le service des urgences sans hospitalisation, uniquement les urgences ambulatoires		0

Pour H, F, M et L, cette valeur ne peut pas être 0, sauf s'il s'agit du séjour de la naissance et que le bébé n'a séjourné qu'auprès de sa mère dans le service M ou dans un service N*.

Règles de facturation de l'INAMI pour les nouveau-nés:

Lorsqu'il s'agit d'un séjour de la naissance et que le bébé n'a séjourné qu'auprès de sa mère dans le service M ou dans un service N*, aucune journée d'hospitalisation ne peut être facturée.

Si la mère a quitté l'hôpital et que le bébé reste dans le service N* ou que le bébé est réadmis dans un service N*, une journée d'hospitalisation est facturée avec 0 euro comme valeur.

Pour un séjour de la naissance, le bébé ne peut séjourner qu'en NIC ou N* et non, par exemple, en E ou C.

Lorsque la mère et l'enfant sont réadmis dans un service M et que les deux sont malades, un véritable prix de journée d'hospitalisation peut être imputé deux fois.

Le bébé peut être réadmis tant dans un service NIC que dans un service E et une véritable journée d'hospitalisation est alors facturée.

A2 / Champ 16 ⇒ A2_CODE_READMISSION: Code de réadmission

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-5: Valeurs admises pour A2_CODE_READMISSION: Code de réadmission

CODE	DESCRIPTION
0	Inconnu
1	Réadmission dans le même hôpital dans l'année de la précédente sortie
2	Pas de réadmission ou sortie précédente du même hôpital depuis plus d'un an (365 jours)
M	Enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée
L	Dernier enregistrement d'un séjour de longue durée

On indique ici si le patient était déjà sorti précédemment du même hôpital jusqu'au maximum 1 an avant le début du séjour hospitalier actuel.

Tous les séjours dans le même hôpital pour lesquels un enregistrement a eu lieu dans le cadre du RHM (tant **séjours classiques qu'hospitalisations de jour** - chirurgicales et autres - et **urgences ambulatoires**) entrent en considération pour déterminer la réadmission.

Pour un séjour de la naissance, on utilisera toujours le code #2#.

A2 / Champ 17 ⇒ A2_CODE_SEX: Sexe

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-6: Valeurs admises pour A2_CODE_SEX: Sexe

CODE	DESCRIPTION
0	Indéfinissable (ce code ne peut être mentionné que lorsqu'au moment de la naissance, il persiste des doutes quant au sexe du nouveau-né)
1	Masculin
2	Féminin
3	Changé

Le sexe (code #1# ou #2#) est indiqué sur la base des données mentionnées sur la carte d'identité (ou sur un autre document d'identification) du patient.

Remarque: la valeur 'changé' (code #3#) a été introduite pour répondre aux problèmes dus à des affections de type sexuel chez des patients ayant changé de sexe. En indiquant 'changé' pour le sexe, aucun message d'erreur n'apparaîtra dans le programme de contrôle.

Le sexe d'un patient est enregistré lors de son admission.

A2 / Champ 18 ⇒ A2_CODE_INDIC_AGE: Indicateur d'âge

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère
Valeurs admises: voir tableau 2-7 ci-dessous

Dans l'enregistrement RHM, seule l'année de naissance du patient est enregistrée. Néanmoins, il est important de savoir s'il s'agit ou non d'un nouveau-né (défini comme plus jeune ou égal à 28 jours au moment de l'admission). Aussi, un indicateur d'âge est-il toujours demandé à **l'admission** pour tout séjour hospitalier.

Un nouveau-né est défini comme un patient né à l'hôpital ou n'ayant pas plus de 28 jours au moment de l'admission (règles APR-DRG).

Exemples:
Un patient de 28 jours au moment de l'admission = nouveau-né.
Un patient âgé de 29 jours au moment de l'admission N'est PLUS un nouveau-né.

Un bébé mort-né doit être enregistré selon les critères de l'AR du 17 juin 1999 (MB du 4 septembre 1999) prescrivant l'établissement d'une statistique annuelle des causes de décès:

- Si le poids à la naissance est de 500 g ou plus
- ou, si le poids à la naissance n'est pas connu, si l'âge gestationnel dépasse les 22 semaines accomplies ou plus ou que la taille est supérieure ou égale à 25 cm du sommet de la tête au talon.

Des données supplémentaires sont demandées pour tous les nouveau-nés (quel que soit le service où ils séjournent). Ces données sont décrites dans le fichier PATBIRTH dans le domaine des données médicales.

Le code #1# (nouveau-né, patients âgés à l'admission de 28 jours ou moins ou nés lors du séjour actuel) du RHM n'existe plus, mais est subdivisé en #A#, #B# et #C#.

Tableau 2-7: Valeurs admises pour A2_CODE_INDIC_AGE: Indicateur d'âge

CODE	DESCRIPTION
A	Nouveau-né, patient âgé à l'admission de 0 à 7 jours y compris ou né lors du séjour considéré
B	Nouveau-né, patient âgé à l'admission de 8 à 14 jours y compris
C	Nouveau-né, patient âgé à l'admission de 15 à 28 jours y compris
2	Enfant âgé à l'admission de plus de 28 jours, et de moins d'un an
3	Tous les autres patients (âgé à d'admission d'un an ou plus)

Si le code #3# (changé) est indiqué pour A2_CODE_SEX, on peut pour l'indicateur relatif à l'âge (A2_CODE_INDIC_AGE) n'utiliser que la valeur #3# (âge d'admission à partir d'un an).

Si le code #0# (indéfinissable) est indiqué dans le champ A2_CODE_SEX, la valeur #3# (âge d'admission à partir d'un an) ne peut pas être utilisée pour l'indicateur relatif à l'âge (A2_CODE_INDIC_AGE). On est donc obligé de choisir le code #A#, #B#, #C# ou #2#.

A2 / Champ 19 ⇒ A2_CODE_ZIP: Code postal belge

Champ obligatoire
Format fixe: 4 caractères
Exemple: #2600#, #0000#

L'enregistrement de ce champ s'applique à l'admission du patient à l'hôpital.

Pour ceux qui habitent en Belgique, on indique le code postal de la commune du domicile du patient.

Pour les personnes **sans domicile fixe** pour des raisons professionnelles, par exemple les forains et les bateliers, le code postal de leur **commune de référence** doit être indiqué.

Pour les **sans-abris** et **toute AUTRE personne sans domicile fixe**, on indiquera le code #**9999**#.

Pour les patients (Belges et non-Belges) domiciliés à l'**étranger**, ce champ doit être complété par des zéros : **#0000#**.

Il peut arriver que des entreprises ou organisations qui reçoivent beaucoup de courrier obtiennent un code postal propre (par exemple la VRT = 1043, le Shape = 7010, …). Ces codes ne sont pas repris dans le RHM. La règle suivante est d'application pour le RHM: si une personne est effectivement domiciliée sous ce code postal, on peut alors utiliser ce code postal administratif. Dans les autres cas ces codes postaux ne sont pas autorisés.

> Exemple: Si une personne n'est pas domiciliée sous le code postal du Parlement Européen, ce code ne peut pas être utilisé, on doit dès lors utiliser le code postal de la ville ou de la commune où la personne est effectivement domiciliée.

Pour l'enregistrement provisoire des **séjours non terminés** pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises, on peut encoder ici soit la valeur réelle soit la valeur #0000#, ce qui signifie 'inconnu' pour ces séjours.

Pour les séjours sortis à partir du 1er janvier 2011, la codification utilisée pour enregistrer le pays de domicile du patient sera remplacée par la norme ISO-3166. Cette codification internationale est constituée de 2 lettres au lieu des 3 chiffres de la codification (belge) actuelle.

A2 / Champ 20 ⇒ A2_CODE_COUNTRY: Code de pays

Champ obligatoire
Format fixe: 3 caractères
Exemple: #150#

L'enregistrement de ce champ s'applique à l'admission du patient à l'hôpital.

Pour ceux qui habitent en **Belgique** (Belges et non-Belges), le code du pays #150# doit être indiqué ici. Si l'on saisit le code du pays 150, on ne peut pas encoder dans le champ A2_CODE_ZIP la valeur #0000#, sauf pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises parce que la valeur #0000# pour ces séjours équivaut à 'inconnu'.

Pour les patients (belges et non belges) domiciliés à **l'étranger**, on saisit un autre code de pays. La liste est dans le fichier de référence *Codes pays pour le champ A2_CODE_COUNTRY (STAYHOSP)* que l'on peut retrouver sur notre site Web www.health.fgov.be (RHM→ listes de référence → Fichiers de référence RHM → domaine 3: données administratives).

Pour les **sans-abris** et toute autre personne **sans domicile fixe**, il faut saisir le code de pays #150#.

Pour l'enregistrement provisoire des **séjours non terminés** pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises, on enregistre le code de pays réel ou le code de pays #150#.

Pour les enregistrements à partir du 1er janvier 2011, le code du pays où est domicilié le patient devra satisfaire aux normes ISO-3166. Ces codes internationaux sont composés de 2 lettres, à la différence du code (belge) actuel qui est lui composé de 3 chiffres.

Attention pour l'enregistrement des séjours non terminés: pour les périodes d'enregistrement antérieures à 2011|1, on utilise encore l'ancien code pays. Pour la période d'enregistrement à partir de 2011|1 on utilise le nouveau code pays. Par exemple, le patient A est admis en septembre 2010 et sort en janvier 2011. Pour ce patient on aura d'abord l'ancien code pays dans RHM 2010|2 et ensuite le nouveau dans RHM 2011|1.

A2 / Champ 21 ⇒ A2_CODE_INDIC_NAT: Indicateur de nationalité

Champ obligatoire
Format fixe: 2 caractères
Valeurs admises: Voir tableau 2-8 ci-dessous

Tableau 2-8: Valeurs admises pour A2_CODE_INDIC_NAT: Indicateur de nationalité

CODE	DESCRIPTION
OO	La nationalité du patient n'est pas connue
BE	Le patient possède la nationalité belge
DE	Le patient possède la nationalité allemande

CODE	DESCRIPTION
FR	Le patient possède la nationalité française
UK	Le patient possède la nationalité anglaise
LU	Le patient possède la nationalité luxembourgeoise
NL	Le patient possède la nationalité néerlandaise
EU	Le patient n'est pas belge, ni ressortissant d'un pays limitrophe de la Belgique, mais il possède la nationalité d'un autre pays de l'Union européenne
ER	Le patient possède la nationalité d'un pays européen non membre de l'Union européenne
AF	Le patient possède la nationalité d'un pays d'Afrique
AM	Le patient possède la nationalité d'un pays d'Amérique
AZ	Le patient possède la nationalité d'un pays d'Asie
OC	Le patient possède la nationalité d'un pays d'Océanie

L'enregistrement de ce champ s'applique à l'admission du patient à l'hôpital.

La **nationalité** est encodée dans ce champ. À ne pas confondre avec le champ précédent où il s'agit du pays où le patient a son domicile fixe.

Une distinction est faite entre Belges, Français, Néerlandais, Allemands, Luxembourgeois, Britanniques, Européens issus des autres pays de l'Union européenne, autres Européens et ressortissants d'un pays d'un autre continent.

Pour l'enregistrement provisoire des séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises, on enregistre l'indicateur de nationalité réel ou le code #OO#, ce qui signifie 'inconnu' pour ces séjours.

A2 / Champ 22 ⇒ A2_CODE_STAT_INSURANCE: Code d'assurabilité du patient pendant le séjour

A partir du RHM2012 les codes d'assurabilité du patient changent, on fait donc une distinction entre l'enregistrement jusqu'au RHM2011 et l'enregistrement à partir du RHM2012.

1) CODE D'ASSURABILITE DU PATIENT JUSQU'AU RHM2011

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-9: Valeurs admises pour A2_CODE_STAT_INSURANCE: Code d'assurabilité du patient pendant le séjour, jusqu'au RHM2011

CODE	DESCRIPTION
A	Non-assurés (également CPAS)
B	Patients affiliés à une mutualité belge (également invalides de guerre, Caisse de secours et de prévoyance en faveur des Marins, accidents du travail, etc.)
C	Conventions internationales (carte d'assurance-maladie européenne)
D	Accords spécifiques
0 (zéro)	Inconnu : valeur provisoire, à n'utiliser que pour A2_HOSPTYPE_FAC = N

L'enregistrement de ce champ s'applique à l'admission du patient à l'hôpital.

Pour les nourrissons qui n'ont pas encore de statut d'assurance, on peut reprendre le statut d'assurance de la mère.

Le code #C# concerne la carte européenne d'assurance maladie pour les étrangers admis dans un hôpital belge. Cette carte montre que le patient est en règle avec l'assurance maladie. Les personnes peuvent utiliser cette carte lorsqu'elles séjournent temporairement à l'étranger. Le motif du séjour ne joue aucun rôle (par exemple vacances, études, travail, etc.)

Code #D#: accords spécifiques entre pays pour certaines maladies. Par exemple: traitement de patients diabétiques entre le nord de la France et les hôpitaux hennuyers.

2) CODE D'ASSURABILITE DU PATIENT A PARTIR DU RHM2012

Champ obligatoire
Format fixe: 3 caractères (au lieu d'1 caractère)

Tableau 2-10: Valeurs admises pour A2_CODE_STAT_INSURANCE: Code d'assurabilité du patient pendant le séjour, à partir du RHM2012

NOUVEAU CODE	OMSCHRIJVING	CATEGORIE DE PATIENTS
001	Union nationale des mutualités chrétiennes	A (Les patients couverts par l'AMI et assimilés) ou **A'**
002	Union nationale des mutualités neutres	
003	Union nationale des mutualités socialistes	
004	Union nationale des mutualités libérales	
005	Union nationale des mutualités indépendantes	
006	Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	
009	Caisse des soins de santé de la S.N.C.B.	
200	Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre	**B** (Les patients non couverts par l'AMI 'art. 110') ou **B'**
210	Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins	
220	Office de sécurité sociale d'outre-mer	
230	C.P.A.S.	
300	Contrats de soins des patients non-belges	**C1a**
310	Initiative privée des patients non-belges	**C1b**
320	Attaché à une institution de droit international ou européen	**C2**
330	Patients non européens ne relevant pas de conventions internationales	**C3**
400	Non assurés	**D1**
500	Autre	
000	Inconnu: Valeur provisoire, uniquement avec A2_HOSPTYPE_FAC = N	

On peut trouver plus d'information à propos de la catégorie de patients (dernière colonne dans le tableau 2-10) dans le document référencé au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur le classement de l'ensemble des catégories de patients dans les hôpitaux belges*.

Les codes 001 à 009 inclus devront être complétés pour la catégorie A de la note en annexe (patients couverts par l'AMI et assimilés) (ou A'), les codes 200 à 230 inclus concernent la catégorie B (patients non couverts par l'AMI 'article 110') (ou B'), le code 300 correspond à la catégorie C1b, le code 320 à la catégorie C2, le code 330 à la catégorie C3 et le code 400 à la catégorie D1. Le code 500 est ajouté lorsque le patient ne peut être classé sous aucun des codes susmentionnés.

Le Fonds des maladies professionnelles, le Fonds des accidents du travail et le Fonds spécial d'assistance (catégories A' et B') ne sont pas mentionnés dans ce classement (et ne doivent donc pas être indiqués séparément) vu que la régularisation est effectuée a posteriori par le biais du système des subrogations. Dans ces cas, on enregistre le code 500.

Les codes 300, 310, 320 et 330 ne peuvent être utilisés que pour les patients non-belges. Par exemple, un(e) Belge qui dispose d'une mutualité et qui subit une intervention ou un examen à sa propre demande, est enregistré sous le code 500.

Pour l'enregistrement intermédiaire et final des séjours de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = M ou L), les anciens codes doivent être utilisés jusqu'au RHM 2011|2 inclus. Au cas où le patient reste plus longtemps dans l'hôpital, les nouveaux codes doivent de toute façon être utilisés à partir du RHM 2012|1.

L'enregistrement de ce champ s'applique à l'admission du patient à l'hôpital.

Pour les nouveau-nés, qui n'ont pas encore de statut d'assurabilité, c'est le statut d'assurabilité de la mère qui doit être considéré.

A2 / Champ 23 ⇒ A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: Lieu avant l'admission

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-11: Valeurs admises pour A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM: Lieu avant l'admission

CODE	DESCRIPTION	
0	Inconnu	À n'utiliser qu'à titre exceptionnel. Exemple: pour A2_HOSPTYPE_FAC = N, on peut utiliser la valeur réelle ou 0.
1	À domicile	Tous les endroits où le patient peut agir de manière autonome, donc aussi les résidences pour personnes âgées, les chambres d'étudiant, etc.
2	Admission administrative d'un séjour de longue durée lors d'une fusion	Uniquement pour l'enregistrement intermédiaire ou final d'un séjour de longue durée lorsque, au cours de la période d'enregistrement précédente, on a déjà transmis un autre enregistrement comportant un autre numéro d'agrément (celui valable avant la fusion).
3	Autre hôpital : non universitaire	
4	Autre hôpital : universitaire	
5	Autre hôpital : psychiatrique	
6	Maison de repos et de soins (MRS) et homes pour personnes âgées	
7	MSP et habitations protégées	
8	Né à l'hôpital	
9	Autres	Il peut s'agir d'un autre établissement. Exemple: une prison, un internat, …
A	Sur le chemin du travail et retour	
B	Au travail	
C	Sur le chemin de l'école et retour	
D	À l'école (sport à l'école inclus)	
E	Circulation (excepté sur le chemin du travail et de l'école)	
F	Lors de la pratique de sports (excepté à l'école)	
G	Lieu public	
M	Enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée	Pas de nouvelle admission, donc le « lieu avant l'admission » n'est pas pertinent
L	Dernier enregistrement d'un séjour de longue durée	Pas de nouvelle admission, le « lieu avant l'admission » n'est pas pertinent

Est visé ici le lieu où le patient se trouvait juste avant l'admission dans **cet** hôpital. Il n'est pas nécessairement identique au domicile légal.

Ces valeurs valent pour tous les enregistrements du RHM, que l'admission ait lieu ou non via les urgences.

Les combinaisons suivantes sont possibles :

- Pour un bébé né à l'hôpital, il faut saisir le code #8# à la fois pour le lieu avant l'admission (A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM), le type d'admission (A2_CODE_ADM) et adressé par (A2_CODE_ADRBY).
- Le type d'admission #5# (retransfert) n'est possible qu'avec le lieu avant l'admission #3#, #4# ou #5# (autre hôpital: non universitaire, universitaire ou psychiatrique).

Si le patient est âgé de plus de sept jours au moment de son admission à l'hôpital (A2_CODE_INDIC_AGE n'est donc pas égal à #A#, le lieu avant l'admission ne peut pas être égal à #8# (né dans cet hôpital)).

Pour **l'enregistrement intermédiaire et final des séjours de longue durée** (A2_HOSPTYPE_FAC = M ou L), ce champ doit être complété respectivement par #M# et #L#.

A2 / Champ 24 ⇒ A2_CODE_ADM: Type d'admission

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-12: Valeurs admises pour A2_CODE_ADM: Type d'admission

CODE	DESCRIPTION	
0	Inconnu	À n'utiliser qu'à titre exceptionnel. Exemple: pour A2_HOSPTYPE_FAC = N on peut utiliser la valeur réelle ou 0.
3	Admission planifiée (*)	L'admission à l'hôpital avait été décidée auparavant. Le jour de l'admission a donc été convenu auparavant.
4	À la suite d'une hospitalisation de jour	Le patient séjourne, en premier lieu, une seule journée à l'hôpital, mais est admis pour une période plus longue en raison de complications.
5	Retour de transfert (*)	Retour d'un patient de l'hôpital où il avait été transféré.
6	Placement (*)	Admission forcée ou placement par le juge, la police, etc.
8	Né à l'hôpital	
A	Admission **via le service d'urgence** sans ambulance et sans passer par le 100	Le patient vient avec son « propre véhicule », avec la police, avec un médecin, ou un transport public mais sans implication d'une ambulance, sans le service 100 et est admis depuis le service d'urgence dans l'hôpital.
B	Admission via le service d'urgence avec une **ambulance** mais sans passer par le 100 et sans intervention du SMUR ou PIT.	Le patient vient à l'hôpital en ambulance, mais sans le SMUR ou le PIT; le service 100 n'a pas été appelé. **Aucune** fiche SMUR ou PIT n'a été créée.
C	Admission via le service d'urgence avec une ambulance via le **service 100** mais sans intervention du SMUR ou PIT	Le patient vient à l'hôpital en ambulance, mais sans le SMUR ou le PIT, le service 100 a cependant été appelé. **Aucune** fiche SMUR ou PIT n'a été créée.
D	Admission via le service d'urgence avec une ambulance et avec l'accompagnement de la **fonction SMUR agréée et/ou PIT** (éventuellement en association) du site de l'hôpital; ou lorsque cette fonction SMUR et/ou PIT a soigné le patient sur place.	Le patient vient à l'hôpital en ambulance, il a été soigné par une fonction SMUR agréée et/ou PIT (éventuellement en association) du site de l'hôpital, le service 100 est donc bien impliqué. De plus, une fiche SMUR et/ou PIT a été créée.
E	Admission via le service d'urgence avec une ambulance et avec l'accompagnement d'**une autre fonction SMUR agréée et/ou PIT** (éventuellement en association) que celle du site de l'hôpital; ou lorsque cette fonction SMUR et/ou PIT a soigné le patient sur place.	Le patient vient à l'hôpital en ambulance; il a été soigné par une autre fonction SMUR et ou PIT (éventuellement en association) que celle agréée du site de l'hôpital, le service 100 est donc bien impliqué. De plus, une fiche SMUR et/ou PIT a été créée.

CODE	DESCRIPTION	
G	Hospitalisation d'urgence **sans passer** par le service d'urgence	Ce code ne doit être utilisé que pour les patients admis d'urgence à l'hôpital **MAIS** qui n'ont pas été inscrits via le guichet du service d'urgence. Ex.: admission pour accouchement sans passage par le service d'urgence.
M	Enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée	Pas de nouvelle admission, le « type d'admission » n'est donc pas pertinent.
L	Dernier enregistrement d'un séjour de longue durée	Pas de nouvelle admission, le « type d'admission » n'est donc pas pertinent.

(*) Les codes #3#, #5# et #6# sont **indépendants** du fait que le patient ait été inscrit ou non via le guichet du service d'urgence. Lors de l'inscription via le guichet du service d'urgence, on indiquera pour la spécialité un code commençant par 'URG' (voir CODE_SPEC du fichier « STAYSPEC » des données administratives).

Les codes #A# à #E# ne peuvent être utilisés que si le patient est inscrit dans l'hôpital via le guichet du service des urgences ET si son admission n'est pas planifiée à l'arrivée aux urgences (c'est-à-dire que, lors de l'arrivée, ni le médecin ni le patient ne savent si une hospitalisation aura lieu). Pour de telles admissions, il convient d'encoder une spécialité 'URG'.

Pour les admissions urgentes qui NE sont PAS enregistrées via le service des urgences, seul le code #G# peut être utilisé. Aucun code de spécialité (CODE_SPEC) ne peut donc commencer par 'URG'.

Les combinaisons suivantes sont possibles:

- Pour un bébé né à l'hôpital, il convient d'indiquer le code #8# à la fois pour le 'lieu avant l'admission' le 'type d'admission' et 'adressé par'.
- Pour un patient âgé de plus de sept jours au moment de son admission à l'hôpital A2_CODE_INDIC_AGE ≠ A), le type d'admission ne peut pas être le code #8# (né dans cet hôpital).
- Le type d'admission #5# (retransfert) est uniquement possible pour les lieux avant l'admission #3#, #4# ou #5# (autre hôpital : non universitaire, universitaire et psychiatrique).

Pour l'**enregistrement intermédiaire** et **final** des séjours de longue durée, ce champ doit être complété respectivement par #M# et #L#.

Pour les séjours de longue durée, les combinaisons suivantes sont possibles:

- lieu avant l'admission #2# (admission administrative d'un séjour de longue durée en cas de fusion) avec le type d'admission #M# ou #L#.
- si le lieu avant l'admission est #M# ou #L#, le 'type d'admission' et 'adressé par' (cf. paragraphe suivant) seront également #M# ou #L#.

A2 / Champ 25 ⇒ A2_CODE_ADRBY: Adressé par

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-13: Valeurs admises pour A2_CODE_ADRBY: Adressé par

CODE	DESCRIPTION	
0	Inconnu	À n'utiliser qu'à titre exceptionnel. Exemple, pour A2_HOSPTYPE_FAC = N, on peut utiliser la valeur réelle ou 0.
1	De sa propre initiative	La personne en question décide elle-même d'être admise dans un hôpital ou y est encouragée par une personne de son propre entourage.
3	Médecin spécialiste de l'hôpital	Le patient doit, après une consultation, être admis à l'hôpital pour des examens supplémentaires ou une intervention.
4	Médecins spécialiste extérieur à l'hôpital	Idem ci-dessus, mais le médecin spécialiste n'est pas attaché à l'hôpital.
5	Organisme assureur	Un organisme assureur demande un avis médical (pour lequel l'admission est nécessaire) pour poursuivre ou clôturer le traitement du dossier.
6	Tiers	Exemples: - le patient n'est pour rien dans son admission à l'hôpital ou n'en a pas connaissance (par exemple, en cas d'accident, un patient peut perdre conscience, de sorte qu'un tiers décide à sa place de son traitement). - l'admission est imposée par des instances officielles (police, justice, etc.). - l'admission est demandée par un passant présent lors d'un malaise (même si le passant est médecin).
8	Né à l'hôpital	
A	Le propre médecin généraliste du patient avec une lettre d'introduction	
B	Le propre médecin généraliste du patient après contact téléphonique ou oral	
C	Médecin de garde avec une lettre d'introduction	
D	Médecin de garde après contact téléphonique ou oral	
M	Enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée de longue durée	Pas de nouvelle admission, le code « adressé par » n'est donc pas pertinent.
L	Dernier enregistrement d'un séjour de longue durée	Pas de nouvelle admission, le code « adressé par » n'est donc pas pertinent.

Pour ce qui est des **enregistrements intermédiaires** et de **l'enregistrement final de tous les séjours de longue durée**, il convient de compléter ce champ respectivement par les valeurs #M# et #L#.

Si le médecin de garde est aussi le médecin généraliste du patient, la priorité doit être donnée aux codes #A# ou #B#.

Pour un bébé né à l'hôpital, le code #8# doit être indiqué à la fois pour le 'lieu avant l'admission', le 'type d'admission' et 'adressé par'.

Les combinaisons suivantes sont possibles:

- Pour un bébé né à l'hôpital, le code #8# doit être indiqué à la fois pour le 'lieu avant l'admission', le 'type d'admission' et 'adressé par'.
- Pour un patient âgé de plus de sept jours au moment de son admission à l'hôpital (A2_CODE_INDIC_AGE ≠ A), 'adressé par' ne peut pas être le code #8# (né à l'hôpital).

A2 / Champ 26 ⇒ A2_CODE_DESTINATE: Destination

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-14: Valeurs admises pour A2_CODE_DESTINATE: Destination

CODE	DESCRIPTION	
0	Inconnu	À n'utiliser qu'à titre exceptionnel. Exemple: pour A2_HOSPTYPE_FAC = N, on peut utiliser 0.
1	A domicile	Tous les endroits où le patient peut agir de manière autonome, donc aussi les résidences pour personnes âgées, les chambres d'étudiant, etc.
2	Sortie administrative d'un séjour de longue durée lors d'une fusion	Uniquement pour le **premier enregistrement** ou un **enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée** sur un site qui, la prochaine période d'enregistrement, sera enregistré sous un autre numéro d'agrément (en raison d'une fusion).
3	Autre hôpital : non universitaire	
4	Autre hôpital : universitaire	
5	Autre hôpital : psychiatrique	
6	Maison de repos et de soins (MRS) et homes pour personnes âgées	
7	Maison de soins psychiatriques (MSP) et habitations protégées	
8	Décédé	
9	Autres	Il peut s'agir d'un autre établissement. Exemple: une prison, un internat, …
A	Transfert vers un autre service du même hôpital	Cela vaut uniquement pour les patients qui ne restent pas dans le service des urgences et qui vont quelques heures (pour observation) dans un autre service du même hôpital sans que cela donne lieu à un type de séjour hospitalier H, F, M, L, N, C ou D (seulement possible pour le type de séjour hospitalier U). Ce code ne peut être utilisé qu'en combinaison avec le type de sortie A2_CODE_DISCHARGE) = #9#.
F	Premier enregistrement d'un séjour de longue durée	Il ne s'agit pas d'une véritable sortie, la destination n'est donc pas pertinente.
M	Enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée	Il ne s'agit pas d'une véritable sortie, la destination n'est donc pas pertinente.

Pour ce qui est du **premier enregistrement et des enregistrements intermédiaires des autres séjours de longue durée**, il convient de compléter ce champ respectivement par les valeurs #F# ou #2# et #M# ou #2#.

Les valeurs possibles du « lieu avant l'admission » et de la « destination après sortie » sont semblables de sorte que l'on puisse identifier clairement le lieu d'origine du patient et sa destination après sa sortie. Si le patient retourne au même endroit qu'avant son admission, il faut encoder la même valeur dans les champs A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM et A2_CODE_DESTINATION. Pour les deux champs, la valeur n'est pas nécessairement identique au domicile légal.

Exceptions:

- Code de « lieu avant l'admission » #8# (né à l'hôpital): un nouveau-né a besoin d'un code distinct d'admission mais sort de l'hôpital en tant que patient ordinaire.
- Le code de « destination » #8# est utilisé pour les patients décédés à l'hôpital.

Si l'on indique la valeur #8#, décédé, on ne pourra choisir comme type de sortie que la valeur #3# (décès avec autopsie) ou #4# (décès sans autopsie).

Si l'on indique la valeur #A# (transfert dans un autre service au sein de l'hôpital), on ne peut pour le type de sortie indiquer que la valeur #9# (Envoyé pour observation dans un autre service du même hôpital).

Pour le type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC = C, D, F, M, N ou U, la valeur #8# (décédé) ne peut pas être utilisée.

A2 / Champ 27 ⇒ A2_CODE_DISCHARGE: Type de sortie

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-15 : Valeurs admises pour A2_CODE_DISCHARGE : Type de sortie

CODE	DESCRIPTION	
0	Inconnu	À n'utiliser qu'à titre exceptionnel. Par exemple, pour A2_HOSPTYPE_FAC=N, on peut utiliser 0.
1	Sur avis médical	Le médecin ayant en charge le patient donne la permission de quitter l'hôpital (à n'utiliser que si aucune des possibilités mentionnées ci-dessous ne s'applique).
2	Sortie contre avis médical	Le patient quitte l'hôpital à ses risques et périls.
3	Décès avec autopsie	
4	Décès sans autopsie	
5	Transfert vers une autre institution pour recevoir des soins spécialisés, une intervention, un diagnostic plus précis, un examen, une observation, etc. SAUF pour une rééducation	Exemple vers NIC, centre de grands brûlés, centre cardiaque, etc.
6	Transfert ou retour vers une autre institution pour rééducation ou surveillance médicale	Exemple vers Sp, G, N*, etc.
7	Envoyé vers un autre hôpital par manque de place	
8	Envoyé vers un autre hôpital pour raisons financières	
9	Envoyé pour observation dans un autre service du même hôpital	Cela vaut uniquement pour les patients qui ne restent pas dans le service des urgences et qui vont quelques heures (pour observation) dans un autre service du même hôpital sans que cela donne lieu à un type de séjour hospitalier H, F, M, L, N, C ou D (seulement possible pour le type de séjour hospitalier U). Ce code ne peut être utilisé qu'en combinaison avec la destination A.
D	Retour, après hospitalisation de jour (pour une procédure réalisée à l'extérieur), **à l'hôpital où le patient est hospitalisé**	Seulement pour hospitalisation de jour. Après une procédure ayant pour code « réalisé à l'extérieur » M2_CODE_PLACE_INTERV=#3# (procédure réalisée à l'hôpital pour un patient séjournant dans un autre hôpital).
F	Premier enregistrement d'un séjour de longue durée	Pas de véritable sortie, le type de sortie n'est donc pas pertinent.
M	Enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée	Pas de véritable sortie, le type de sortie n'est donc pas pertinent.

Pour les **premiers enregistrements et les enregistrements intermédiaires de tous les séjours de longue durée**, ce champ doit être complété respectivement par #F# et par #M#.

Pour le type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC = C, D, F, M, N ou U, le type de sortie A2_CODE_DISCHARGE ne peut être #3# (décès avec autopsie) ou #4# (décès sans autopsie).

Si l'on note la valeur #3# (décès avec autopsie) ou #4# (décès sans autopsie), on ne peut encoder que la valeur #8# (décédé) dans le champ A2_CODE_DESTINATE.

Si l'on indique la valeur #A# (transfert dans un autre service au sein de l'hôpital), on ne peut indiquer pour le type de sortie que la valeur #9#" (transféré pour observation dans un autre service du propre hôpital).

A2 / Champ 28 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: Type de système de codification pour le diagnostic d'admission vérifié

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-16: Valeurs admises pour A2_CODE_SYS_DIAG_VERIF_ADM: Type de système de codification pour le diagnostic d'admission vérifié

CODE	DESCRIPTION
A	ICD-9-CM

Actuellement, seul le système de codification ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) est utilisé.

On complète donc tous les séjours par la valeur #A#.

A2 / Champ 29 ⇒ A2_CODE_DIAG_VERIF_ADM: Diagnostic d'admission vérifié

Champ obligatoire
Longueur minimale: 3 caractères
Longueur maximale: 6 caractères
Exemple: #4111#

Le diagnostic d'admission vérifié pour le séjour à l'hôpital est également demandé en plus des diagnostics principaux et secondaires par spécialité (fichier DIAGNOSE couplé au fichier STAYSPEC).

On définit le diagnostic d'admission vérifié comme l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital. Les termes 'après examen' de la définition ont leur importance. Il ne s'agit donc pas du diagnostic d'admission pur et simple, mais plutôt du diagnostic qui, après un examen diagnostique intensif, voire une intervention chirurgicale, s'avère être la cause de l'admission. Cela signifie aussi que les affections qui surviennent au cours du séjour à l'hôpital (par exemple, une fracture de la hanche provoquée par une chute de lit) ne peuvent être indiquées comme diagnostic d'admission vérifié.

Ce diagnostic d'admission vérifié est utilisé par le grouper pour l'établissement de l'APR-DRG (Diagnosis Related Group) pour le séjour entier.

Un APR-DRG peut aussi être calculé pour une partie du séjour (par exemple si le patient a d'abord été hospitalisé pour une spécialité psychiatrique ou pour des parties d'un séjour de longue durée).

En général, le diagnostic d'admission vérifié est un code ICD-9-CM valide identique au diagnostic principal de la première spécialité. Pour tous les séjours, le diagnostic d'admission vérifié doit également être enregistré dans le champ CODE_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE – pour autant qu'il s'agisse d'un code ICD-9-CM valide .

Exceptions :
Vous trouverez dans le document référencé au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les diagnostics et le grouper*, un tableau détaillé de toutes les combinaisons possibles. Des règles récapitulatives sont données ci-dessous :

1) Pour le diagnostic d'admission vérifié d'une partie intermédiaire ou de la dernière partie d'un séjour de longue durée, le diagnostic d'admission vérifié de la première partie du séjour est répété.
2) Le diagnostic d'admission vérifié pour un séjour hospitalier avec A2_HOSPTYPE_FAC = U doit toujours être #UUUUUU#.
3) Pour un séjour hospitalier avec A2_HOSPTYPE_FAC = D et A2_HOSPTYPE_CAT = R et avec un miniforfait ou sans forfait, le diagnostic d'admission vérifié doit toujours être #MMMMMM# (y compris si la seule spécialité est URG, ou si la première spécialité est URG, ou si la première spécialité est AKT, ou si la première spécialité est URG et la deuxième est AKT). Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les hospitalisations de jour, section 1.5.2*.
4) Si la première spécialité est AKT, le diagnostic d'admission vérifié doit être #AAAAAA#, indépendamment du fait qu'il s'agisse ou non d'un séjour psychiatrique complet. S'il ne s'agit pas d'un séjour psychiatrique complet, un APR-DRG est calculé pour la partie non psychiatrique du séjour.
5) Lorsque la première spécialité est URG et la deuxième AKT, le diagnostic d'admission vérifié doit toujours être #UUUAAA#.
6) Pour les autres cas où la première spécialité est identique à URG, il y a lieu d'encoder un ICD-9 valide comme diagnostic d'admission vérifié. Ce code peut être identique au diagnostic principal de la première spécialité ou de la deuxième spécialité, mais ce n'est pas nécessairement le cas. Il s'agit, en l'occurrence, de l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient admis à l'hôpital par le biais du service des urgences.
7) La valeur #DDDDDD# doit être utilisée pour le type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC = N. Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés, section 3.3.2*.
8) Pour les séjours initialement en hospitalisation de jour convertis en hospitalisation classique, il faut comprendre par "la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital", "la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital en hospitalisation classique". Dans ce cas par conséquent, le diagnostic d'admission vérifié sera identique au diagnostic principal de la deuxième spécialité, à savoir la première spécialité de l'hospitalisation classique. Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur l'hospitalisation de jour convertie en hospitalisation classique*.

A2 / Champ 30 ⇒ A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: Type de système de codification pour la cause de décès

Champ obligatoire
Format fixe: 1 caractère

Tableau 2-17: Valeurs admises pour A2_CODE_SYS_DIAG_CAUSE_DEATH: Type de système de codification pour la cause de décès

CODE	DESCRIPTION
A	ICD-9-CM

Actuellement, seul le système de codification ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification*) est utilisé.

On complète donc tous les séjours par la valeur #A#.

A2 / Champ 31 ⇒ A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH: Cause de décès

Champ optionnel
Longueur minimale: 3 caractères
Longueur maximale: 6 caractères
Exemple: #4111#

La cause de décès doit être indiquée pour les patients qui décèdent à l'hôpital. Pour tous les autres patients, ce champ doit être vide ('##'). La cause de décès est renseignée uniquement pour la période d'enregistrement qui correspond au décès du patient.

La cause de décès à encoder est la cause sous-jacente du décès, telle qu'indiquée sur le certificat de décès.

Par conséquent, il convient :

- en cas de **mort naturelle**, de coder la maladie, qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, au moyen des codes de la **classification ICD-9-CM;**
- pour une **cause de décès non naturelle** (accident, suicide, homicide, événements dont l'intention ne peut être déterminée), de coder les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel, au moyen des **codes 'E'** de la classification ICD-9-CM.

Les directives pour l'établissement du certificat de décès sont également d'application.

Pour l'euthanasie, il faut respecter la règle applicable en cas de mort naturelle, à savoir coder la maladie qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès.

Remarque:

- Si cette information ne se retrouve pas dans le dossier médical, on peut utiliser provisoirement #ZZZZZZ#.
- #ZZZZZZ# peut également être utilisé pour A2_HOSPTYPE_CAT = P.
- Pour A2_HOSPTYPE_FAC = N, il faut laisser le champ A2_CODE_DIAG_CAUSE_DEATH vierge (## = ne rien ajouter, donc pas non plus d'espace).

Le diagnostic qui est indiqué dans ce champ comme cause du décès ne doit pas nécessairement figurer dans le fichier DIAGNOSE (mais ce sera toutefois le cas en général).

La cause du décès n'intervient pas dans le calcul du DRG.

A2 / Champ 32 ⇒ PATNUM: Numéro anonyme de patient

A1 -> A2
Le numéro de patient est défini dans PATHOSPI. Aucun patient ne figurant pas dans PATHOSPI ne peut être enregistré dans STAYHOSP.

3. STAYSPEC (A3): Données relatives au séjour en spécialité

3.1. NOM

XXX-Z-VERS-A-**STAYSPEC**-YYYY-P.TXT

Exemple:
001-Z-2.0-A-**STAYSPEC**-2012-1.TXT

3.2. CONTENU

Les diagnostics et procédures (encodés en codes ICD-9-CM) sont enregistrés par spécialité dans les fichiers DIAGNOSE et PROCEDUR du domaine des données médicales.

Ne pas confondre le 'séjour en spécialité' avec 'le séjour en index de lit' ou avec le 'séjour en unité de soins'. Par 'séjour en index de lit', on entend la facturation. Par 'séjour en unité de soins', on entend l'endroit où le patient a réellement séjourné et a occupé un lit/une place. Par 'séjour en spécialité', l'on fait plutôt référence au spécialiste qui est responsable du diagnostic et du traitement du patient.

L'hôpital n'est pas totalement libre dans le choix du code de ses spécialités (cf. A3/champ 6 ⇒ CODE_SPEC: code de spécialité).

Les spécialités suivantes doivent être enregistrées séparément : les services A, K et T, les services Sp, la fonction de soins intensifs, les centres de grands brûlés et le service des urgences.

Par spécialité distincte, on entend, pour ces parties spécifiques d'un séjour, distinguer les diagnostics principal et secondaire, et les procédures en ICD-9-CM.

La durée de séjour calculée n'est plus demandée. Elle est calculée sur la base des dates d'admission et de sortie. Dans STAYSPEC, on ne trouve que la date d'admission dans la spécialité. La date de sortie se retrouve comme suit :

- La date de sortie d'une spécialité correspond à la date d'admission dans la spécialité suivante.
- La date de sortie de la dernière spécialité correspond à la date de sortie de l'hôpital (à retrouver dans STAYHOSP).

3.3. SUBDIVISION

Ce fichier ne contient qu'un enregistrement par séjour dans une spécialité. Ce fichier contient au moins un enregistrement par séjour hospitalier et le numéro d'ordre #1# doit toujours apparaître, sauf pour A2_HOSPTYPE_FAC = N.

Dans le cas de l'enregistrement provisoire de séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises, il ne faut pas encore envoyer de diagnostics et d'interventions et le séjour en spécialité ne doit pas encore être déterminé. Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur des séjours non terminés*.

La foreign key de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYHOSP (A2). Ce qui signifie que la combinaison des valeurs de CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et STAYNUM doit également exister dans STAYHOSP (cf. point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 3-1: Structure d'un enregistrement de STAYSPEC (A3): Données relatives au séjour en spécialité

Colonne C1	M : Champ obligatoire O : Champ optionnel
Colonne C2	F : Longueur fixe V : Longueur variable
Colonne C3	C : Champ caractère N : Champ numérique ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: un champ obligatoire non rempli génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.
Colonnes C2 et C3: une longueur ou un type de champ inexact génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES-DATA FORMATS NOK.

Dans le tableau ci-dessous, les ***champs clés*** (***primary keys***) du fichier figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 1	***CODE_AGR***	***Numéro d'agrément de l'hôpital***	***M***	***F***	***C***	***3***	**A2**
#							
Champ 2	***YEAR_REGISTR***	***Année d'enregistrement***	***M***	***F***	***N***	***4***	**A2**
#							
Champ 3	***PERIOD_REGISTR***	***Période d'enregistrement***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	**A2**
#							
Champ 4	***STAYNUM***	***Numéro de séjour***	***M***	***V***	***C***	***1 – 15***	**A2**
#							
Champ 5	***ORDER_SPEC***	***Numéro d'ordre de la spécialité***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	
#							
Champ 6	CODE_SPEC	Code de spécialité	M	V	C	4-10	
#							
Champ 7	A3_YEAR_SPEC_IN	Année d'admission dans la spécialité	M	F	N	4	
#							
Champ 8	A3_MONTH_SPEC_IN	Mois d'admission dans la spécialité	M	V	N	1-2	
#							
Champ 9	A3_DAY_SPEC_IN	Quantième du mois d'admission dans la spécialité	M	V	N	1-2	
#							

3.4. *DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES*

Les flèches –> symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans les différents fichiers sont décrits dans le premier fichier de la hiérarchie. Pour les champs CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR ce sera donc le fichier HOSPITAL (S1), et pour STAYNUM ce sera le fichier STAYHOSP (A2).

A3 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 -> A1 -> A2 -> A3 - Champ clé

A3 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A3 - Champ clé

A3 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A3 - Champ clé

A3 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 -> A3 - Champ clé

A3 / Champ 5 ⇒ ORDER_SPEC: Numéro d'ordre de la spécialité

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Valeurs admises: Numéro d'ordre de #1# à #99#.

Si le patient a séjourné dans différentes spécialités au cours du même séjour hospitalier, ce chiffre en indique l'ordre chronologique.

Si le patient n'a séjourné que dans une spécialité, on complète par la valeur #1#.

Pour un bébé né à l'hôpital, la valeur #1# est attribuée à la spécialité où la naissance a eu lieu, le jour d'admission dans la spécialité étant égal au jour de la naissance.

Pour un **enregistrement intermédiaire ou final d'un séjour de longue durée**, le numéro d'ordre de la spécialité où le patient séjourne au début de la période d'enregistrement est égal à #1#.

Pour un code de spécialité qui commence par 'URG', le numéro d'ordre de la spécialité n'est différent de #1# que dans des cas exceptionnels.

A3 / Champ 6 ⇒ CODE_SPEC: Code de spécialité

Champ obligatoire
Longueur minimale: 4 caractères
Longueur maximale: 10 caractères
Exemple: #SPE12256#

Ce code se compose de 2 parties. Pour la première partie (3 caractères), les codes suivants (cf. tableau 3-2) doivent impérativement être utilisés. Les 7 autres caractères peuvent être librement choisis par l'hôpital.

Tableau 3-2: Valeurs admises pour les trois premiers caractères de CODE_SPEC: Code de spécialité

CODE	DESCRIPTION
AKT	Psychiatrie (services A, K, T)
SPE	Service spécialisé (services Sp)
INT	Fonction 'soins intensifs'
BRU	Centre de grands brûlés
URG	Service d'urgence spécialisé ou première prise en charge
DIV	Toutes les autres spécialités

Les spécialités suivantes doivent être désignées par leur nom:

- Il convient, dans tous les cas, de signaler les séjours psychiatriques dans les services AKT (lits A, K ou T) comme spécialité distincte (**AKT**), vu que ces séjours doivent impérativement faire l'objet d'un enregistrement RPM.
- étant donné que les services Sp constituent des 'services spéciaux' au sein de l'hôpital, il est demandé de les placer dans une spécialité distincte (**SPE**).
- compte tenu de l'AR du 27 avril 1998 'fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée', ces fonctions peuvent aussi être encodées en tant que spécialité distincte. À partir du moment où un hôpital est agréé pour cette fonction, les séjours dans cette fonction doivent être enregistrés en tant que spécialité distincte (**INT**). Il est également conseillé d'enregistrer dans une spécialité distincte les séjours de plus d'un jour réalisés dans des services non (encore) agréés de soins intensifs ou dans une unité de soins coronariens.
- eu égard aux règlements spécifiques pour les centres de grands brûlés (**BRU**), un séjour dans un lit agréé pour grands brûlés est également enregistré dans une spécialité distincte.
- toutes les inscriptions (ambulatoires ou avec admission ultérieure) via le guichet des urgences (**URG**) (même s'il s'agit d'un temps limité) sont enregistrées comme une spécialité distincte.
- **DIV** = toutes les autres spécialités.

Les patients en hospitalisation de jour peuvent séjourner dans n'importe quelle spécialité. Le code le plus fréquent pour une unité spécifique à l'hospitalisation de jour commence par DIV (3 premiers caractères).

Un code commençant par DIV doit être utilisé pour une unité de soins fictive DAYMIX.

A3 / Champ 7 ⇒ A3_YEAR_SPEC_IN: Année d'admission dans la spécialité

Champ obligatoire
Format fixe: 4 chiffres
Exemple: #2007#

A3 / Champ 8 ⇒ A3_MONTH_SPEC_IN: Mois d'admission dans la spécialité

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #7#, #12#

A3 / Champ 9 ⇒ A3_DAY_SPEC_IN: Quantième du mois d'admission dans la spécialité

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #1#, #25#

A3_YEAR_SPEC_IN + A3_MONTH_SPEC_IN + A3_DAY_SPEC_IN = date d'admission dans une spécialité

On notera dans ces 3 champs la date réelle d'admission dans la spécialité, également pour les **séjours de longue durée et les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises**.

Les dates d'admission dans les différentes spécialités doivent se suivre par numéro d'ordre (ORDER_SPEC).

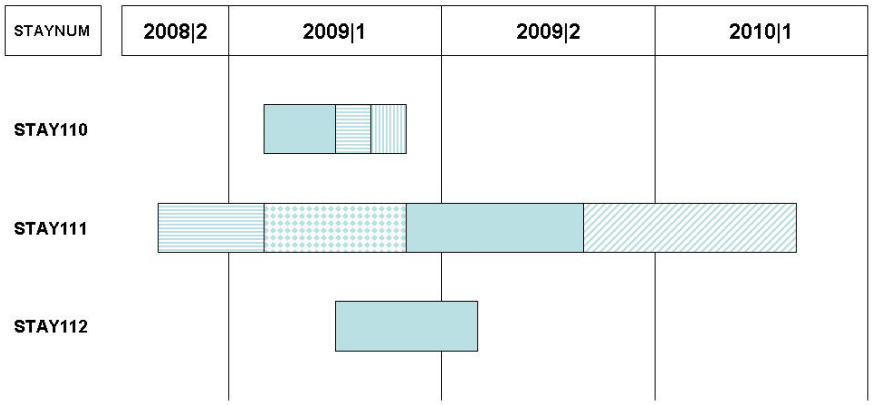
La date d'admission dans la première spécialité est égale à la date d'admission à l'hôpital, sauf pour un enregistrement intermédiaire et final de séjours de longue durée dont la date d'admission dans la première spécialité doit être égale ou postérieure à la date d'admission à l'hôpital, mais encore antérieure au début du semestre (ou, à titre exceptionnel, coïncider avec le début du semestre). Le début du semestre est égal au 1er janvier 00:00h ou au 1er juillet 00:00h.

La date d'admission dans la deuxième spécialité est postérieure au premier jour du semestre pour un enregistrement intermédiaire et final de séjours de longue durée, ou égale au premier jour du semestre si le patient change ce jour-là de spécialité.

La date d'admission dans la dernière spécialité est égale ou antérieure à la date de sortie d'hôpital pour les séjours terminés et est égale ou antérieure à la fin du semestre pour les enregistrements intermédiaires ou provisoires. La date d'admission dans la dernière spécialité est égale à la date de sortie d'hôpital si le patient change encore de spécialité le dernier jour.

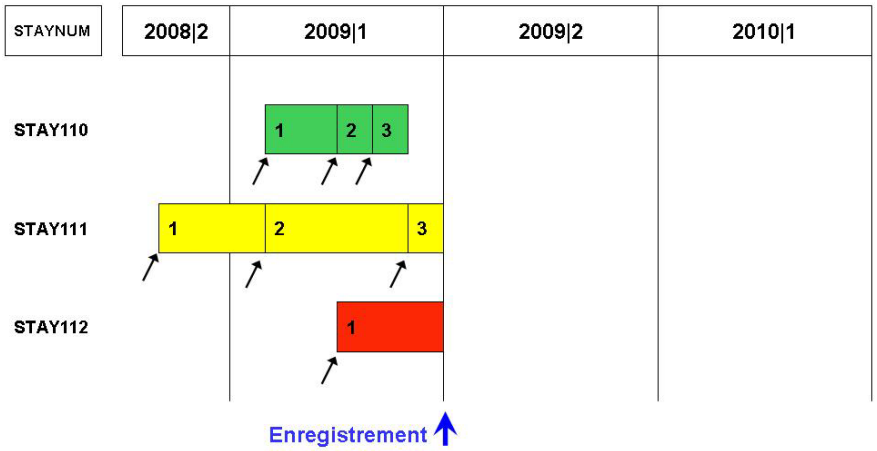
Ces situations sont illustrées dans les schémas suivants. Le premier schéma montre dans combien de spécialités un patient a séjourné pendant son hospitalisation. Ainsi, le patient portant le numéro de séjour STAY110 a séjourné dans 3 spécialités différentes; le patient avec le numéro de séjour STAY111, dans 4 spécialités et le dernier patient avec le numéro de séjour STAY 112, dans 1 seule spécialité.

Schéma 1: Nombre de spécialités par séjour



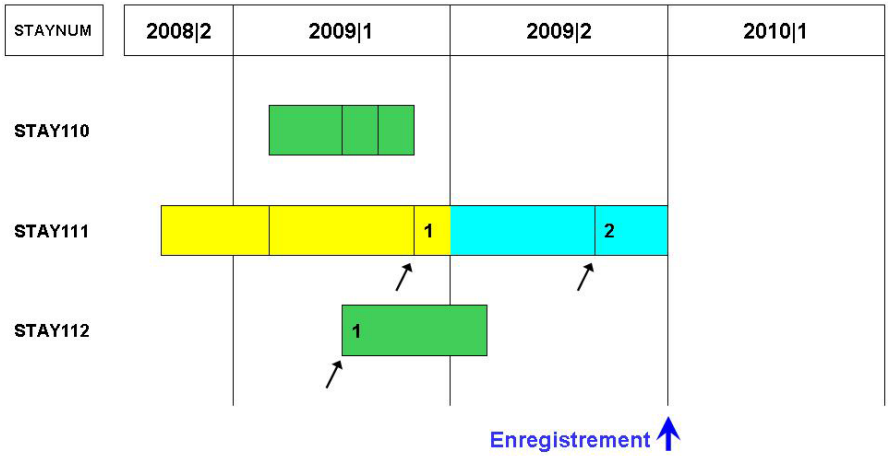
Le schéma 2 illustre les résultats pour le semestre d'enregistrement 2009|1. STAY110 est un séjour classique (A2_HOSPTYPE_FAC = H - vert), STAY111 le premier enregistrement d'un long séjour (A2_HOSPTYPE_FAC = F - jaune) et STAY112 un enregistrement provisoire d'un séjour non terminé pour lequel des données infirmières doivent déjà être transmises (A2_HOSPTYPE_FAC = N - rouge). Le numéro d'ordre des spécialités est noté sur le schéma (numérotation) et le début de chaque spécialité est indiqué par une flèche.

Schéma 2: Le numéro d'ordre et le début des spécialités pour l'enregistrement 2009|1



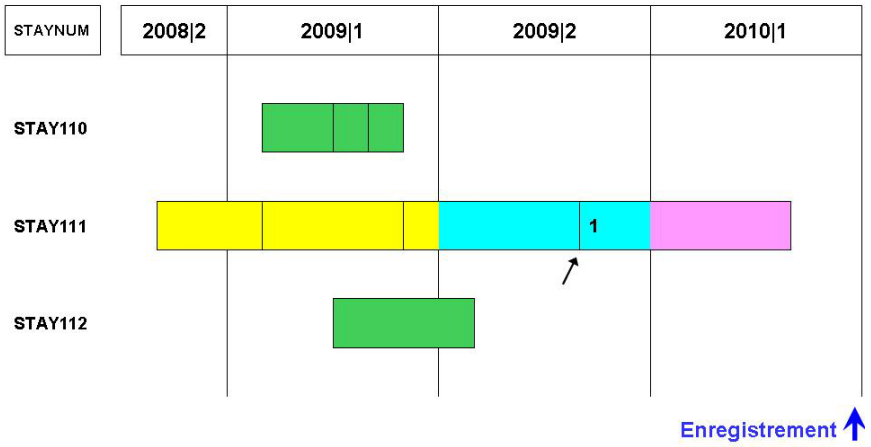
Le troisième schéma donne les résultats des séjours STAY111 et STAY112 pour le semestre d'enregistrement 2009|2. Pour STAY111, il s'agit de l'enregistrement d'un séjour de longue durée (A2_HOSPTYPE_FAC = M - bleu) et pour STAY112 de l'enregistrement définitif (A2_HOSPTYPE_FAC = H - vert). Le numéro d'ordre de la spécialité est noté sur le schéma (numérotation) et le début de chaque spécialité est indiqué par une flèche.

Schéma 3: Le numéro d'ordre et le début des spécialités pour l'enregistrement 2009|2



Enfin, le schéma 4 donne les résultats du dernier enregistrement du séjour de longue durée STAY111 (A2_HOSPTYPE_FAC = L - rose) où la spécialité a le numéro d'ordre #1# et commence avant la fin du semestre de l'enregistrement intermédiaire.

Schéma 4: Le numéro d'ordre et le début des spécialités pour l'enregistrement 2010|1



4. STAYINDX (A4): Données relatives au séjour en index de lit

4.1. *NOM*

XXX-Z-VERS-A-**STAYINDX**-YYYY-P.TXT

Exemple:
001-Z-2.0-A-**STAYINDX**-2012-1.TXT

4.2. *CONTENU*

Ce fichier précise « les journées à facturer » par index de lit (= code de service). Il s'agit en l'espèce de l'index de lit qui correspond au service faisant l'objet d'une facturation par l'INAMI et correspondant en grande partie aux centres de frais de FINHOSTA.

FINHOSTA = aux termes de l'AR du 14 décembre 1987, les établissements de soins sont tenus de transmettre annuellement leurs données comptables au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. L'application informatique FINHOSTA (collecte de données statistiques et financières) a été développée afin de contrôler ces données. Les données sont saisies à l'aide des fichiers que les établissements de soins constituent eux-mêmes.

Nous parlons des journées à facturer parce que ce n'est pas la date de facturation qui importe mais bien la période pendant laquelle le patient est effectivement à l'hôpital.

Il ne faut pas confondre la notion de 'séjour en index de lit' avec le 'séjour en spécialité'. Par index de lit, on entend la facturation; par spécialité, on entend l'organisation au sein de l'hôpital.

Afin de distinguer clairement les lits agréés par index de lit pour la composition des unités de soins des index de lits qui correspondent à la facturation pour l'INAMI, une dénomination différente est utilisée pour les deux finalités:

- Pour indiquer la composition des lits d'une unité de soins (S4/champ 6: CODE_BEDINDEX dans le fichier UNITINDX).
- Pour indiquer le code de service qui a donné lieu à facturation pour l'INAMI (A4/champ 6: A4_CODE_BEDINDEX_FAC du fichier STAYINDX).

La date de sortie d'un index de lit correspond à la date d'admission dans l'index de lit suivant. Pour le dernier index de lit, la date de sortie correspond à la date de sortie de l'hôpital (STAYHOSP).

4.3. *SUBDIVISION*

Chaque fois qu'un patient change d'index de lit (lire: chaque fois qu'un autre code de service donne lieu à facturation pour l'INAMI), un nouvel enregistrement est créé dans ce fichier.

Ce fichier contient au moins un enregistrement par séjour hospitalier et le numéro d'ordre #1# doit toujours apparaître, sauf pour A2_HOSPTYPE_FAC = N.

Dans le cas de l'enregistrement provisoire de séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises, il ne faut pas encore envoyer des informations sur la

facturation et le séjour en index de lit ne doit pas encore être déterminé. Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés*.

La foreign key de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYHOSP (A2). Ce qui signifie que la combinaison des valeurs de CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et STAYNUM doit également exister dans STAYHOSP (cf. point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 4-1: Structure d'un enregistrement de STAYINDX (A4): Données relatives au séjour en index de lit

Colonne C1	M : Champ obligatoire O : Champ optionnel
Colonne C2	F : Longueur fixe V : Longueur variable
Colonne C3	C : Champ caractère N : Champ numérique ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: un champ obligatoire non rempli génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.
Colonnes C2 et C3: une longueur ou un type de champ inexact génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES-DATA FORMATS NOK.

Dans le tableau ci-dessous, les ***champs clés*** (***primary keys***) du fichier figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 1	***CODE_AGR***	***Numéro d'agrément de l'hôpital***	***M***	***F***	***C***	***3***	**A2**
#							
Champ 2	***YEAR_REGISTR***	***Année d'enregistrement***	***M***	***F***	***N***	***4***	**A2**
#							
Champ 3	***PERIOD_REGISTR***	***Période d'enregistrement***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	**A2**
#							
Champ 4	***STAYNUM***	***Numéro de séjour***	***M***	***V***	***C***	***1 – 15***	**A2**
#							
Champ 5	***ORDER_BEDINDEX***	***Numéro d'ordre de l'index de lit***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	
#							
Champ 6	A4_CODE_BEDINDEX_FAC	Code d'index de lit pour la facturation	M	V	C	1-2	
#							
Champ 7	A4_YEAR_BEDINDEX_IN	Année d'admission dans l'index de lit	M	F	N	4	
#							
Champ 8	A4_MONTH_BEDINDEX_IN	Mois d'admission dans l'index de lit	M	V	N	1-2	
#							
Champ 9	A4_DAY_BEDINDEX_IN	Quantième du mois d'admission dans l'index de lit	M	V	N	1-2	
#							
Champ 10	A4_NUMBER_DAY_FAC	Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement actuelle	M	V	N	1-5	
#							

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 11	A4_NUMBER_DAY_FAC _PREV	Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement précédente	M	V	N	1-5	
#							
Champ 12	A4_NUMBER_DAY_PART_ FAC	Nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement actuelle	M	V	N	1-5	
#							
Champ 13	A4_NUMBER_DAY_PART_ FAC_PREV	Nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement précédente	M	V	N	1-5	
#							
Champ 14	A4_NUMBER_DAY_NO_ FAC	Nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement actuelle	M	V	N	1-5	
#							
Champ 15	A4_NUMBER_DAY_NO_ FAC_PREV	Nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement précédente	M	V	N	1-5	
#							

4.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES

Les flèches –> symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans les différents fichiers sont décrits dans le premier fichier de la hiérarchie. Pour les champs CODE_AGR, YEAR_REGISTR en PERIOD_REGISTR, il s'agit de fichier HOSPITAL (S1) et pour STAYNUM c'est le fichier STAYHOSP (A2).

A4 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 -> A1 -> A2 -> A4 - Champ clé

A4 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A4 - Champ clé

A4 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A4 - Champ clé

A4 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 -> A4 - Champ clé

A4 / Champ 5 ⇒ ORDER_BEDINDEX: Numéro d'ordre de l'index de lit

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Valeurs admises: Numéro d'ordre de #1# à #99#

Si le patient a séjourné dans différents index de lits de lit pour un même séjour hospitalier (lire: s'il y a eu facturation sur différents codes de service pour l'INAMI), ce chiffre en indique l'ordre chronologique.

Si le patient n'a séjourné que dans un seul index de lit, on complète par la valeur #1#.

Pour un bébé né à l'hôpital, la valeur #1# est attribuée à l'index de lit où la naissance a eu lieu, le jour d'admission dans cet index de lit étant égal au jour de la naissance.

Pour un **enregistrement intermédiaire ou final d'un séjour de longue durée**, le numéro d'ordre de l'index de lit où le patient séjourne au début de la période d'enregistrement est égal à #1#.

A4 / Champ 6 ⇒ A4_CODE_BEDINDEX_FAC: Code d'index de lit pour la facturation

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 caractère
Longueur maximale: 2 caractères
Valeurs admises: cf. tableaux 4-2 et 4-3

Il s'agit en l'espèce de l'index de lit qui correspond au service faisant l'objet d'une facturation par l'INAMI et correspondant en grande partie aux centres de frais de FINHOSTA. L'index de lit correspondant et non le numéro du code de service INAMI est enregistré dans STAYINDX.

Les séjours en index de lit (fichier STAYINDX) ne doivent correspondre ni en nombre ni en temps avec les séjours en unités de soins (fichier STAYUNIT) ou le séjour en spécialité (STAYSPEC).

Un nouveau séjour en index de lit commence chaque fois que l'index de lit facturé change.

Il est évident, par exemple, qu'on ne peut pas facturer dans un G si l'hôpital n'est pas agréé à cette fin.

À titre exceptionnel, il sera possible de facturer un index de lit (et donc d'enregistrer un séjour dans le fichier STAYINDX) qui ne figure pas dans la composition de lit de l'unité de soins, mais où le patient a séjourné effectivement.

De plus amples informations peuvent être retrouvées au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les index de lit, unités de soins et épisodes de soins, section 5*.

Le tableau suivant illustre les correspondances possibles entre un séjour en STAYINDX (facturation) et les index de lits agréés (UNITINDX).

Tableau 4-2: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC: Code d'index de lit pour la facturation (partie 1)

Description des lits agréés	**Fichier de référence des agréments**	Fichier **UNITINDX** Champ 6 **CODE_ BEDINDEX**	Fichier **UNITINDX** Champ 8 **S4_COST_ CENTRE**	Fichier **STAYINDX** Champ 6 **A4_CODE_BE DINDEX_FAC** = Facturation	**Code de service INAMI**
Service de diagnostic et de traitement chirurgical					
Service de diagnostic et de traitement chirurgical à l'exception des lits affectés à la fonction "Soins Intensifs", à la chirurgie cardiaque et aux brûlures.	C	C	210	C	210
Chirurgie cardiaque, partie des lits C agréés	Prog. de soins = pathologie cardiaque	C	219	C	210
Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits C agréés	Fonction = INTZORG	CI	490	I	490

Description des lits agréés	**Fichier de référence des agréments**	Fichier **UNITINDX** Champ 6 **CODE_ BEDINDEX**	Fichier **UNITINDX** Champ 8 **S4_COST_ CENTRE**	Fichier **STAYINDX** Champ 6 **A4_CODE_BE DINDEX_FAC** = Facturation	**Code de service INAMI**
Unité de traitement des brûlures graves, partie des lits C agréés	Service med-tech = BRANDW	BR	290	BR	290
Service de diagnostic et de traitement médical					
Service de diagnostic et traitement médical, à l'exception des lits affectés à la fonction "Soins Intensifs", à la chirurgie cardiaque et aux brûlures	D	D	220	D	220
Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits D agréés	Fonction = INTZORG	DI	490	I	490
Service d'hospitalisation mixte C+D					
Service d'hospitalisation mixte C& D, à l'exception des lits affectés à la fonction 'Soins Intensifs'	CD	CD	280	C ou D	210 ou 220
Fonction 'Soins Intensifs', partie des lits CD agréés	Fonction = INTZORG	HI	490	I	490
Service de pédiatrie					
Service de pédiatrie, à l'exception des lits attribués à la mort subite du nourrisson et à la fonction 'Soins Intensifs'	E	E	230	E	230
Service de diagnostic et de traitement préventif de la mort subite du nourrisson, partie des lits E agréés	E	E	239	E	230
Fonction 'Soins intensifs', partie des lits E agréés	Fonction = INTZORG	EI	490	I	490
Service de gériatrie					
	G	G	300	G	300
Service de traitement des maladies contagieuses					
	L	L	250	L	250
Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement					
Service de maternité dans un hôpital général ou clinique d'accouchement, à l'exception des lits pour grossesses à haut risque (MIC)	M	M	260	M	260
Service d'observation intensive des grossesses à haut risque (MIC), fonction de soins périnataux (partie des lits M agréés)	Fonction=PERINAT	MI	263	M	260
Section des soins néonataux non intensifs (fonction)	Uniquement s'il y a des lits M agréés	N*	262	N*	190
Service des soins néonataux intensifs (NIC)	NIC	NI	270	NI	270
Services spécialisés pour le traitement et la réadaptation					
Service Sp affections cardio-pulmonaires	S1	S1	310	S1	310
Service Sp affections appareil locomoteur	S2	S2	312	S2	312
Service Sp affections neurologiques	S3	S3	311	S3	311
Service Sp soins palliatifs	S4	S4	314	S4	314
Service Sp polypathologies chroniques	S5	S5	313	S5	313
Service Sp affections psycho-gériatriques	S6	S6	315	S6	315

Description des lits agréés	**Fichier de référence des agréments**	Fichier **UNITINDX** Champ 6 **CODE_ BEDINDEX**	Fichier **UNITINDX** Champ 8 **S4_COST_ CENTRE**	Fichier **STAYINDX** Champ 6 **A4_CODE_BE DINDEX_FAC** = Facturation	**Code de service INAMI**
Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement					
Service de neuropsychiatrie observation et traitement (jour et nuit)	A	A	370	A	370
Soins de jour en neuropsychiatrie observation et traitement	A1	A1	380	A1	380
Soins de nuit en neuropsychiatrie observation et traitement	A2	A2	390	A2	390
Service de neuropsychiatrie infantile					
Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)	K.	K.	340	K.	340
Soins de jour en neuropsychiatrie infantile	K1	K1	350	K1	350
Soins de nuit en neuropsychiatrie infantile	K2	K2	360	K2	360
Service de traitement psychiatrique					
Service de traitement neuropsychiatrique (jour et nuit)	T	T	410	T	410
Soins de jour en service de traitement neuropsychiatrique	T1	T1	420	T1	420
Soins de nuit en service de traitement neuropsychiatrique	T2	T2	430	T2	430
Service de traitement intensif de patients psychiatriques (suivi de l'indication du groupe cible concerné)					
Service IB (PTCA* adultes)	I1	I1	480	IB	480

** PTCA = Patients aux Troubles du Comportement et de l'Agressivité*

Plus aucun lit I ne peut être utilisé pour CODE_BEDINDEX à partir du RHM 2010. Nous n'acceptons donc plus que CI, DI, etc.

On distingue lits agréés (tableau 4-2) et index de lits supplémentaires (tableau 4-3). Les index de lits supplémentaires sont utilisés pour des lits ou places qui n'existent pas en tant que tels dans les arrêtés d'agrément.

Tableau 4-3: Valeurs admises pour A4_CODE_BEDINDEX_FAC: Code d'index de lit pour la facturation (partie 2)

Description des index de lit complémentaires	**Fichier de référence des agréments**	Fichier **UNITINDX** Champ 6 **CODE_ BEDINDEX**	Fichier **UNITINDX** Champ 8 **S4_COST_ CE NTRE**	Fichier **STAYINDX** Champ 6 **A4_CODE_ BEDINDEX_FAC** = Facturation	**Code de service INAMI**
Hospitalisation classique (avec nuitée)					
Salle de travail		AR	261	M	260
Salle d'accouchement		OB	261	M	260
Salle d'opération		OP	180	C	210
Salle de réveil		RE	180	C	210
Hospitalisation sans nuitée					
Service d'urgence	Fonction= URGENCE	U	150	U	Pseudo-code de service
Hospitalisation provisoire aux urgences		TU	150	U	Pseudo-code de service

Description des index de lit complémentaires	**Fichier de référence des agréments**	Fichier **UNITINDX** Champ 6 **CODE_ BEDINDEX**	Fichier **UNITINDX** Champ 8 **S4_COST_ CE NTRE**	Fichier **STAYINDX** Champ 6 **A4_CODE_ BEDINDEX_FAC** = Facturation	**Code de service INAMI**
Service d'hospitalisation de jour (tous les autres types d'hospitalisation de jour)		Z	552	Z	Pseudo-code de service
Hospitalisation chirurgicale de jour	Fonction= CHDAG	ZC	320	ZC*	320
Hospitalisation non-chirurgicale de jour		ZD	550	Z	Pseudo-code de service
Hospitalisation gériatrique de jour		ZG	553	Z	Pseudo-code de service
Hospitalisation oncologique de jour		ZO	552, 550	Z	Pseudo-code de service
Hospitalisation pédiatrique de jour		ZE	551	Z	Pseudo-code de service

Les index de lits #U# ou #TU# peuvent être utilisés pour les urgences ambulatoires et la période dans le service des urgences avant l'admission.

Pour l'hospitalisation de jour, l'index de lit #Z# peut être utilisé pour les forfaits et la facturation ambulatoire.

*** La journée en hospitalisation de jour chirurgicale ne peut être facturée que sur #ZC#. Nous acceptons #Z# jusqu'au RHM 2010 inclus.**

On utilise aussi #Z# pour une unité de soins DAYMIX.

Il n'y a pas d'enregistrement séparé dans le fichier STAYINDX pour la période OUT ou TRANS d'un patient.

Les séjours en salle d'opération, de réveil et au quartier d'accouchement (salle de travail et salle d'accouchement) ne sont pas enregistrés séparément dans le fichier STAYINDX. Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les index de lit, unités de soins et épisodes de soins, section 2.2.*

A4 / Champ 7 ⇒ A4_YEAR_BEDINDEX_IN: Année d'admission dans l'index de lit

Champ obligatoire
Format fixe: 4 chiffres
Exemple: #2008#

A4 / Champ 8 ⇒ A4_MONTH_BEDINDEX_IN: Mois d'admission dans l'index de lit

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #7#, #12#

A4 / Champ 9 ⇒ A4_DAY_BEDINDEX_IN: Quantième du mois d'admission dans l'index de lit

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #1#, #25#

A4_YEAR_BEDINDEX_IN + A4_MONTH_BEDINDEX_IN + A4_DAY_BEDINDEX_IN = date d'admission dans l'index de lit

On notera dans ces 3 champs la date réelle d'admission (début de la facturation) dans un index de lit/code de service, également pour les **séjours de longue durée et l'enregistrement provisoire de séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises**.

Les dates d'admission dans les différents index de lits doivent se suivre par numéro d'ordre (ORDER_BEDINDEX).

La date d'admission dans le premier index de lit est égale à la date d'admission à l'hôpital, sauf pour l'enregistrement intermédiaire et le dernier enregistrement de séjours de longue durée dont la date d'admission dans le premier index de lit doit être égale ou postérieure à la date d'admission à l'hôpital, mais encore antérieure au début du semestre (ou, à titre exceptionnel, coïncider avec le début du semestre). Le début du semestre est égal au 1er janvier 00:00h ou au 1er juillet 00:00h.

La date d'admission dans le deuxième index de lit pour un enregistrement intermédiaire et final de séjours de longue durée est postérieure au début du semestre.

La date d'admission dans le dernier index de lit est égale ou antérieure à la date de sortie d'hôpital pour les séjours terminés et est égale ou antérieure à la fin du semestre pour les enregistrements intermédiaires ou provisoires.

Cf. aussi schémas concernant STAYSPEC après le champ 9.

A4 / Champ 10 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement actuelle

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 5 chiffres
Valeurs admises: De #0# à #366#

Il s'agit du nombre total de journées à facturer totalement pour un séjour continu dans cet index de lit (éventuellement dans plusieurs unités de soins), pour autant que ces journées se situent dans **l'année d'enregistrement ACTUELLE.**

Exemple pour l'année d'enregistrement 2008:

- Pour un séjour du 15 mars 2008 au 26 mars 2008 dans un index de lit déterminé, le nombre maximal de journées à facturer est de 12.
- Pour un séjour du 28 décembre 2007 au 8 janvier 2008, le nombre maximal de journées à facturer pour l'année d'enregistrement actuelle est de 8.

Tableau 4-4: Détermination de A4_NUMBER_DAY_FAC: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement actuelle

A2_HOSPTYPE_FAC	DESCRIPTION		A4_NUMBER_DAY_FAC
H	Hospitalisation classique		Du début de l'année d'enregistrement ou du début du séjour dans l'index de lit à la fin du séjour dans l'index de lit.
F	Séjour de longue durée	F	Du début de l'année d'enregistrement ou du début du séjour dans l'index de lit à la fin du séjour dans l'index de lit ou à la fin du semestre d'enregistrement.
M		M	Du début du semestre d'enregistrement ou du début du séjour dans l'index de lit à la fin du séjour dans l'index de lit ou à la fin du semestre

A2_HOSPTYPE_FAC	DESCRIPTION		A4_NUMBER_DAY_FAC
			d'enregistrement.
L		L	Du début du semestre d'enregistrement ou du début du séjour dans l'index de lit à la fin du séjour dans l'index de lit.
N	Enregistrement provisoire pour les données infirmières		Pas encore nécessaire, on peut indiquer #0# ou les valeurs correctes jusqu'à la fin du semestre, voire pas d'enregistrement du tout. Attention: ce sont les données de l'enregistrement définitif qui seront utilisées.
C	Hospitalisation chirurgicale de jour		Une fois = 1 avec A4_CODE_BEDINDEX_FAC = ZC (Z est également accepté jusqu'au RHM 2010 inclus).
D	Hospitalisation de jour		Partout = 0
U	Contact avec le service des urgences sans hospitalisation, uniquement les urgences ambulatoires		Partout = 0

Règles de facturation de l'INAMI pour les nouveau-nés:

Lorsqu'il s'agit du séjour de la naissance et que le bébé n'a séjourné qu'auprès de sa mère dans le service M ou dans un service N*, aucune journée d'hospitalisation ne peut être facturée pour le bébé.

Si la mère a quitté l'hôpital et que le bébé reste dans le service N* ou que le bébé est réadmis dans un service N*, une journée d'hospitalisation est facturée avec 0 euro pour valeur.

Pour un séjour de la naissance, le bébé ne peut séjourner qu'en NIC ou N* et non, par exemple, en E ou C.

Lorsque la mère et l'enfant sont réadmis dans un service M et que les deux sont malades, un véritable prix de journée d'hospitalisation peut être facturé deux fois.

Le bébé peut être réadmis tant dans un service NIC que dans un service E et une véritable journée d'hospitalisation est alors facturée.

Pour les séjours de longue durée:

Si, au moment d'un **premier enregistrement d'un séjour de longue durée,** le patient n'est pas sorti de cet index de lit, il y a lieu d'indiquer le nombre de journées à facturer jusqu'à la fin de la période d'enregistrement actuelle.

Pour un **enregistrement intermédiaire d'un séjour de longue durée**, on commence à compter le nombre de journées à facturer pour un index de lit (dans lequel le patient a été admis lors d'une période d'enregistrement précédente) à partir du début de la période d'enregistrement. Si le patient n'a toujours pas quitté l'index de lit, il convient d'indiquer le nombre de journées à facturer jusqu'à la fin de la période d'enregistrement actuelle.

Pour la **dernière partie d'un séjour de longue durée,** on commence à compter le nombre de journées à facturer pour un index de lit (dans lequel le patient a été admis lors d'une période d'enregistrement précédente) à partir du début de la période d'enregistrement.

A4 / Champ 11 ⇒ A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement précédente

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 5 chiffres
Valeurs admises: De #0# à maximum #184#

Il s'agit du nombre total de journées à facturer totalement pour un séjour continu dans cet index de lit (éventuellement dans différentes unités de soins) pour autant que ces journées se situent dans **l'année d'enregistrement PRÉCÉDENTE**.

Exemple pour l'année d'enregistrement 2008:

- Pour un séjour du 15 mars 2008 au 26 mars 2008, le nombre de journées à facturer sera 0.
- Pour un séjour du 28 décembre 2007 au 8 janvier 2008, le nombre maximal de journées à facturer pour les années antérieures est de 4.

Tableau 4-5: Détermination de A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV: Nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement précédente

A2_HOSPTYPE_FAC	DESCRIPTION		A4_NUMBER_DAY_FAC_PREV
H	Hospitalisation classique		Du début du séjour dans l'index de lit à la fin du séjour dans l'index de lit ou la fin de l'année d'enregistrement précédente
F	Séjour de longue durée	F	Du début du séjour dans l'index de lit à la fin du séjour dans l'index de lit ou la fin de l'année d'enregistrement précédente
M		M	Toujours = 0
L		L	Toujours = 0
N	Enregistrement provisoire pour les données infirmières		Pas encore nécessaire, peut être #0# ou les valeurs correctes jusqu'à la fin du semestre, voire pas d'enregistrement du tout. Attention: ce sont toutefois les données de l'enregistrement définitif qui seront utilisées.
C	Hospitalisation chirurgicale de jour		Très exceptionnellement: une fois = 1 (champ 10 inclus) avec A4_CODE_BEDINDEX_FAC = ZC (Z est également accepté jusqu'au RHM 2010 inclus).
D	Hospitalisation de jour		Partout = 0
U	Contact avec le service des urgences sans hospitalisation, uniquement les urgences ambulatoires		Partout = 0

Cette valeur doit être #0# pour tous les séjours dont la date d'admission se situe dans l'année d'enregistrement.

REMARQUE GÉNÉRALE:

Hormis le cas de l'enregistrement intermédiaire et final d'un séjour de longue durée, la somme des champs 10 et 11 de ce fichier pour tous les index de lits du séjour doit être égale au contenu du champ 15 du fichier STAYHOSP, à savoir le total des journées à facturer complètement pour le séjour.

Exemples:

1) Pas de séjour de longue durée:
   Admission le 15 mars 2008 et sortie le 26 mars 2008
   Champ 10 STAYINDX: 12 jours
   Champ 11 STAYINDX: 0 jour
   → Le total du champ 10 et du champ 11 (12 jours) se retrouvera aussi dans le champ 15 de STAYHOSP.

2) Séjour de longue durée:
Admission le 29 juin 2008 et sortie le 3 juillet 2009
   A) Première période d'enregistrement (29/06/08 -> 31/12/08):
   Champ 10 STAYINDX: 186 jours
   Champ 11 STAYINDX: 0 jour (car pas d'année d'enregistrement précédente)
   → Le total des champs 10 et 11 (186 jours) se retrouvera dans le champ 15 de STAYHOSP.
   B) Période d'enregistrement intermédiaire (01/01/09 -> 30/06/09):
   Champ 10 STAYINDX: 181 jours
   Champ 11 STAYINDX: 0 jour (car on commence à compter à partir du début de la période d'enregistrement)
   → Total des champs 10 et 11 (181 jours), mais champ 15 STAYHOSP = 367 jours
   C) Dernière période d'enregistrement (01/07/09 -> 03/07/09):
   Champ 10 STAYINDX: 3 jours
   Champ 11 STAYINDX: 0 jour (car on commence à compter à partir du début de la période d'enregistrement)
   → Total des champs 10 et 11 (3 jours), mais champ 15 STAYHOSP = 370 jours.

   Remarque: si la date d'admission était, par exemple, le 2 juin 2008 au lieu du 29 juin 2008, il faudrait alors faire un enregistrement provisoire des données infirmières du premier semestre 2008.

3) Séjour de longue durée:
Admission le 28 décembre et sortie le 3 janvier 2010
   A) Première période d'enregistrement (28/12/08 -> 30/06/09):
   Champ 10 STAYINDX: 181 jours
   Champ 11 STAYINDX: 4 jours (car dans l'année d'enregistrement précédente)
   → Le total des champs 10 et 11 (185 jours) se retrouvera dans le champ 15 de STAYHOSP.
   B) Période d'enregistrement intermédiaire (01/07/09->31/12/09):
   Champ 10 STAYINDX: 184 jours
   Champ 11 STAYINDX: 0 jour (car on commence à compter à partir du début de la période d'enregistrement)
   → Total des champs 10 et 11 (184 jours), mais champ 15 STAYHOSP = 369 jours
   C) Dernière période d'enregistrement (01/01/10->03/01/10):
   Champ 10 STAYINDX: 3 jours
   Champ 11 STAYINDX: 0 jour (car on commence à compter à partir du début de la période d'enregistrement)
   → Total des champs 10 et 11 (3 jours), mais champ 15 STAYHOSP = 372 jours

A4 / Champ 12 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC: Nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement actuelle

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 5 chiffres
Exemple: #19#

Il convient de mentionner le nombre de journées à facturer partiellement pour les services d'hospitalisation partielle (seulement s'ils font l'objet d'un agrément d'hospitalisation de jour et/ou de nuit dans le secteur psychiatrique), et ce uniquement pour l'année d'enregistrement actuelle. On appliquera ici les mêmes règles qu'au champ 10 de ce fichier.

A4 / Champ 13 ⇒ A4_NUMBER_DAY_PART_FAC_PREV: Nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement précédente

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 5 chiffres
Exemple: #9#

Il s'agit du nombre de journées à facturer partiellement pour le séjour en index de lit pour autant qu'elles ne se situent pas dans l'année d'enregistrement actuelle.

On appliquera ici les mêmes règles qu'au champ 11 de ce fichier.

A4 / Champ 14 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC: Nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement actuelle

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 5 chiffres
Exemple: #9#

Il s'agit du nombre de journées à ne pas facturer pour le séjour en index de lit de l'année d'enregistrement actuelle.

Exemple: congé de week-end, bébé hospitalisé auprès de sa mère ou en N* (= pas de facturation pour un bébé en N* si la mère se trouve dans un service M).

On appliquera ici les mêmes règles qu'au champ 10 de ce fichier.

A4 / Champ 15 ⇒ A4_NUMBER_DAY_NO_FAC_PREV: Nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement précédente

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 5 chiffres
Exemple: #9#

Il s'agit du nombre de journées à ne pas facturer pour le séjour en index de lit des années d'enregistrement précédentes.

Exemple: congé de week-end, bébé hospitalisé auprès de sa mère ou en N* (= pas de facturation pour un bébé en N* si la mère se trouve dans un service M).

On appliquera ici les mêmes règles qu'au champ 11 de ce fichier.

Le total des champs 10 à 15 inclus doit correspondre à la durée totale du séjour du patient à l'hôpital (=date de sorte - date d'admission).

5. STAYUNIT (A5): Données relatives au séjour en unité de soins

5.1. NOM

XXX-Z-VERS-A-**STAYUNIT**-YYYY-P.TXT

Exemple:
001-Z-2.0-A-**STAYUNIT**-2012-1.TXT

5.2. CONTENU

Les unités de soins composent la base de l'enregistrement des items infirmiers et du personnel. L'enregistrement concret des items infirmiers s'effectue toutefois par épisode de soins infirmiers (une combinaison du numéro de suivi de l'unité de soins et du jour d'observation).

En décembre 2007, certaines concessions ont été faites aux hôpitaux qui éprouvaient des difficultés à enregistrer séparément tous les séjours dans des unités de soins (et donc aussi tous les épisodes de soins infirmiers). Au plus tard à partir des données du premier semestre 2010, toutes les répartitions doivent avoir lieu correctement comme cela est décrit au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les index de lits, unités de soins et épisodes de soins.*

Les unités de soins sont décrites dans le domaine des données de structure et plus particulièrement aux chapitres sur les fichiers CAMPUNIT et UNITINDX. De plus amples informations sur les unités de soins peuvent également être retrouvées au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les index de lits, unités de soins et épisodes de soins.*

La date de sortie d'une unité de soins correspond à la date d'admission dans l'unité de soins suivante. Pour la dernière unité de soins, la date de sortie correspond à la date de sortie de l'hôpital.

5.3. SUBDIVISION

Ce fichier ne contient qu'un enregistrement pour chaque séjour en unité de soins.
Pour chaque séjour hospitalier, ce fichier compte au moins un enregistrement. Le numéro d'ordre '1' apparaît dans tous les cas.

Ces données doivent être complétées de manière correcte également pour A2_HOSPTYPE_FAC = N (cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés*).

La foreign key de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYHOSP (A2). Ce qui signifie que la combinaison des valeurs de CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et STAYNUM doit également exister dans STAYHOSP (cf. point 0. Liens entre les fichiers), et que la combinaison CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGIST, CODE_CAMPUS et CODE_UNIT doit exister dans CAMPUNIT.

Tableau 5-1: Structure d'un enregistrement de STAYUNIT (A5): Données relatives au séjour en unité de soins

Colonne C1	M : Champ obligatoire	O : Champ optionnel
Colonne C2	F : Longueur fixe	V : Longueur variable
Colonne C3	C : Champ caractère	N : Champ numérique ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: un champ obligatoire non rempli génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.
Colonnes C2 et C3: une longueur ou un type de champ inexact génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES-DATA FORMATS NOK.

Dans le tableau ci-dessous, les ***champs clés*** (***primary keys***) du fichier figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key	Foreign Key
Champ 1	***CODE_AGR***	***Numéro d'agrément de l'hôpital***	***M***	***F***	***C***	***3***	**A2**	**S3**
#								
Champ 2	***YEAR_REGISTR***	***Année d'enregistrement***	***M***	***F***	***N***	***4***	**A2**	**S3**
#								
Champ 3	***PERIOD_REGISTR***	***Période d'enregistrement***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	**A2**	**S3**
#								
Champ 4	***STAYNUM***	***Numéro de séjour***	***M***	***V***	***C***	***1 – 15***	**A2**	
#								
Champ 5	***ORDER_UNIT***	***Numéro d'ordre de l'unité de soins***	***M***	***V***	***N***	***1-3***		
#								
Champ 6	CODE_CAMPUS	Code de site	M	F	C	4		**S3**
#								
Champ 7	CODE_UNIT	Code d'unité de soins	M	V	C	4-10		**S3**
#								
Champ 8	A5_YEAR_UNIT_IN	Année d'admission dans l'unité de soins	M	F	N	4		
#								
Champ 9	A5_MONTH_UNIT_IN	Mois d'admission dans l'unité de soins	M	V	N	1-2		
#								
Champ 10	A5_DAY_UNIT_IN	Quantième du mois d'admission dans l'unité de soins	M	V	N	1-2		
#								
Champ 11	A5_HOUR_UNIT_IN	Admission dans l'unité de soins - Heure	M	V	N	1-2		
#								
Champ 12	A5_MIN_UNIT_IN	Admission dans l'unité de soins - Minutes	M	V	N	1-2		
#								

5.4. DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES

Les flèches –> symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans les différents fichiers sont décrits dans le premier fichier de la hiérarchie. Pour les champs CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR ce sera donc le fichier HOSPITAL (S1) et pour STAYNUM ce sera le fichier STAYHOSP (A2).

A5 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 -> A1 -> A2 -> A5 - Champ clé

A5 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A5 - Champ clé

A5 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A5 - Champ clé

A5 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 -> A5 - Champ clé

A5 / Champ 5 ⇒ ORDER_UNIT: Numéro d'ordre de l'unité de soins

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 3 chiffres
Valeurs admises: Numéro d'ordre de #1# à #999#

La première unité de soins du séjour reçoit la valeur #1# pour ORDER_UNIT. Pour un bébé né à l'hôpital, la valeur #1# est attribuée à l'unité de soins où a eu lieu la naissance (dans la plupart des cas il s'agit du quartier d'accouchement), l'heure d'admission dans cette unité de soins étant égale à l'heure de la naissance.

Si le patient a séjourné dans différentes unités de soins au cours du même séjour hospitalier, ce chiffre en indique l'ordre chronologique. Si le patient n'a séjourné que dans une unité de soins, on complète uniquement par la valeur #1#.

Pour un **enregistrement intermédiaire ou final d'un séjour de longue durée**, le numéro d'ordre de l'unité de soins où le patient séjourne au début de la période d'enregistrement est égal à #1#.

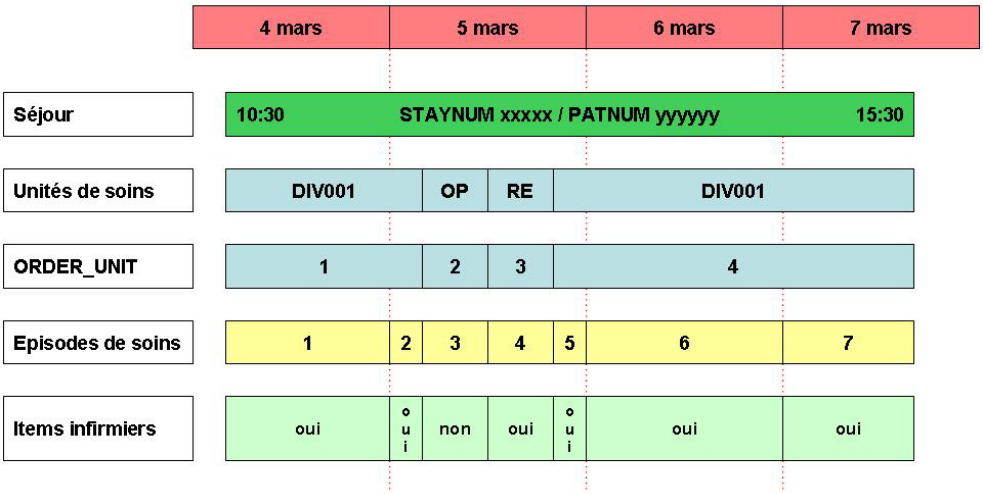
Les épisodes de soins infirmiers ne sont pas enregistrés tels quels (avec un numéro d'ordre comme pour les séjours dans une spécialité, une unité de soins et un index de lit), mais ils sont déduits des séjours dans une unité de soins (ORDER_UNIT) et de la date d'observation dans le fichier ITEMDIVG.
Dans le fichier ITEMDIVG, les épisodes de soins infirmiers au cours desquels des items infirmiers sont enregistrés, sont définis de façon univoque par la combinaison du numéro d'ordre de l'unité de soins (ORDER_UNIT) et de la date d'observation (YEAR_OBSERV, MONTH_OBSERV, DAY_OBSERV). Plusieurs épisodes de soins infirmiers peuvent survenir durant une journée d'observation.

A partir des données du premier semestre du RHM 2010, la salle d'opération et la salle de réveil doivent être définies séparément, ce qui signifie que du personnel doit leur être attribué de manière distincte. Jusqu'au RHM 2009 inclus, il est permis de les définir ensemble. Une

solution temporaire est prévue pour les hôpitaux dans l'impossibilité de préciser les heures de passage au quartier opératoire: l'enregistrement des items infirmiers de la salle d'opération et de réveil dans une pseudo unité de soins à laquelle on attribue le numéro d'ordre ORDER_UNIT = 99. Pour cette unité, les heures et minutes d'admission devront être 00:00. Cette solution temporaire est autorisée jusqu'au RHM 2009 inclus.

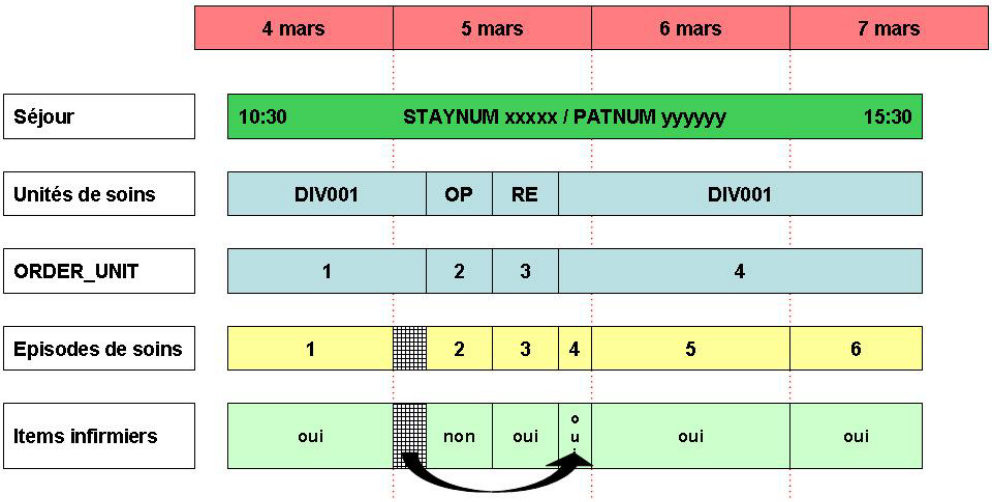
Le schéma suivant illustre le séjour d'un patient en unité de soins DIV001 qui est passé en salle d'opération (OP) et en salle de réveil (RE) le 5 mars. Ce schéma montre de quelle façon le numéro d'ordre des unités de soins et la délimitation des épisodes de soins sont déterminés. Un épisode de soins peut être défini sur la base de la date d'observation et du numéro d'ordre d'une unité de soins. Les directives sur les données infirmières en donnent une explication détaillée.

Schéma 1: séjour avec intervention chirurgicale



Jusqu'au RHM 2010, il est donc autorisé d'enregistrer ensemble les items infirmiers pré-op et post-op comme post-op. Dans l'exemple suivant, les items infirmiers attribués au patient avant l'opération (partie hachurée) sont enregistrés avec ceux d'après l'opération en unité de soins DIV001 avec le numéro d'ordre 4.

Schéma 2: séjour avec intervention chirurgicale subdivisé en nombre maximum d'unités de soins, post-op et retour dans le même service, items infirmiers dans l'unité de soins non subdivisés



A5 / Champ 6 ⇒ CODE_CAMPUS: Code de site

S2 -> S3 -> A5

A5 / Champ 7 ⇒ CODE_UNIT: Code d'unité de soins

S2 -> S3 -> A5

La combinaison CODE_CAMPUS et CODE_UNIT doit être définie dans le fichier CAMPUNIT.

On ne peut séjourner que dans les unités de soins du premier type (avec lits : DIV, AKT, etc.) et du troisième type (unités de soins fictives DAYMIX, OUT et TRANS). Seuls ces types d'unités de soins peuvent se retrouver dans le fichier STAYUNIT. Et donc pas les équipes mobiles (MOB), car celles-ci ne sont définies que pour classer le personnel.

Pour une description du type d'unités de soins, l'on se reportera au point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les index de lit, unités de soins et épisodes de soins*.

A5 / Champ 8 ⇒ A5_YEAR_UNIT_IN: Année d'admission dans l'unité de soins

Champ obligatoire
Format fixe: 4 chiffres
Exemple: #2007#

A5 / Champ 9 ⇒ A5_MONTH_UNIT_IN: Mois d'admission dans l'unité de soins

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #7#, #12#

A5 / Champ 10 ⇒ A5_DAY_UNIT_IN: Quantième du mois d'admission dans l'unité de soins

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: #1#, #25#

A5 / Champ 11 ⇒ A5_HOUR_UNIT_IN: Admission dans l'unité de soins - Heure

Champ obligatoire
Longueur minimale: 0 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: ##, #0#, #23# (jamais 24)

A5 / Champ 12 ⇒ A5_MIN_UNIT_IN: Admission dans l'unité de soins - Minutes

Champ obligatoire
Longueur minimale: 0 chiffre
Longueur maximale: 2 chiffres
Exemple: ##, #0#, #59# (jamais 60)

A5_YEAR_UNIT_IN + A5_MONTH_UNIT_IN + A5_DAY_UNIT_IN + A5_MIN_HOUR_IN + 5_MIN_UNIT_IN = date/heure d'admission dans l'unité de soins

On notera dans ces 5 champs la date et l'heure réelles d'admission dans une unité de soins, également pour les **séjours de longue durée et l'enregistrement provisoire de séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises**.

Les dates/heures d'admission dans les différentes unités de soins doivent se suivre par numéro d'ordre (ORDER_UNIT).

La date/heure d'admission dans la première unité de soins est égale à la date/heure d'admission à l'hôpital, sauf pour l'enregistrement intermédiaire et le dernier enregistrement de séjours de longue durée dont la date/heure d'admission dans la première unité de soins doit être égale ou postérieure à la date d'admission à l'hôpital, mais encore antérieure au début du semestre (ou, à titre exceptionnel, coïncider avec le début du semestre). Le début du semestre est égal au 1er janvier 00:00h ou au 1er juillet 00:00h.

La date/heure d'admission dans la deuxième unité de soins pour un enregistrement intermédiaire et final de séjours de longue durée est postérieure au début du semestre.

La date/heure d'admission dans la dernière unité de soins est égale ou antérieure à la date/heure de sortie d'hôpital pour les séjours terminés et est identique ou antérieure à la fin du semestre pour les enregistrements intermédiaires ou provisoires.

Cf. aussi schémas concernant STAYSPEC après le champ 9.

6. TRANSPOR (A6): Données relatives au moyen de transport utilisé

6.1. *NOM*

XXX-Z-VERS-A-**TRANSPOR**-YYYY-P.TXT

Exemple:
001-Z-2.0-A-**TRANSPOR**-2012-1.TXT

6.2. *CONTENU*

On enregistre dans ce fichier les services d'ambulances qui transportent le patient à l'hôpital et le SMUR/PIT qui accompagne le patient à l'hôpital ou lui dispense un premier traitement sur place.

Il peut y avoir plusieurs combinaisons pour un séjour, par exemple ambulance + SMUR, ambulance + PIT et ambulance + SMUR et PIT.

6.3. *SUBDIVISION*

Ce fichier comporte 0, 1 ou plusieurs enregistrements pour chaque séjour. Ce fichier peut rester vide si aucun patient n'est arrivé en ambulance et/ou n'a bénéficié du SMUR et/ou du PIT.

Le fichier TRANSPOR ne doit pas encore être complété pour le type de séjour hospitalier A2_HOSPTYP_FAC = N. Toutefois, ce fichier peut être complété pour ces séjours hospitaliers à condition que les données correctes soient disponibles. Ce sont les données de l'enregistrement définitif qui seront utilisées. Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés.*

La foreign key de ce fichier doit se retrouver dans le fichier STAYHOSP (A2). Ce qui signifie que la combinaison des valeurs de CODE_AGR, YEAR_REGISTR, PERIOD_REGISTR et STAYNUM doit également exister dans STAYHOSP (cf. point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 6-1: Structure d'un enregistrement de TRANSPOR (A6): Données relatives au moyen de transport utilisé

Colonne C1	M : Champ obligatoire	O : Champ optionnel	
Colonne C2	F : Longueur fixe	V : Longueur variable	
Colonne C3	C : Champ caractère	N : Champ numérique	ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: un champ obligatoire non rempli génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.
Colonnes C2 et C3: une longueur ou un type de champ inexact génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES-DATA FORMATS NOK.

Dans le tableau ci-dessous, les ***champs clés*** (***primary keys***) du fichier figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le

chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 1	***CODE_AGR***	***Numéro d'agrément de l'hôpital***	***M***	***F***	***C***	***3***	**A2**
#							
Champ 2	***YEAR_REGISTR***	***Année d'enregistrement***	***M***	***F***	***N***	***4***	**A2**
#							
Champ 3	***PERIOD_REGISTR***	***Période d'enregistrement***	***M***	***V***	***N***	***1-2***	**A2**
#							
Champ 4	***STAYNUM***	***Numéro de séjour***	***M***	***V***	***C***	***1 – 15***	**A2**
#							
Champ 5	***TYPE_TRANSPORT***	***Type de moyen de transport***	***M***	***V***	***N***	***1***	
#							
Champ 6	CODE_TRANSPORT	Code de moyen de transport	M	V	C	3-6	
#							
Champ 7	A6_FILE_ID	Numéro de fiche	M	V	C	0 ou 1-104	
#							

6.4. *DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES*

Les flèches –> symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans les différents fichiers sont décrits dans le premier fichier de la hiérarchie. Pour les champs CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR ce sera donc le fichier HOSPITAL (S1) et pour STAYNUM ce sera le fichier STAYHOSP (A2).

A6 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 -> A1 -> A2 -> A6 - Champ clé

A6 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A6 - Champ clé

A6 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 -> A1 -> A2 -> A6 - Champ clé

A6 / Champ 4 ⇒ STAYNUM: Numéro de séjour

A2 -> A6 - Champ clé

A6 / Champ 5 ⇒ TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport

A6 - Champ clé
Format fixe: 1 caractère

Tableau 6-2: Valeurs admises pour TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport dans le fichier TRANSPOR

CODE	DESCRIPTION
1	SMUR
2	Service d'ambulances agréé
3	Service d'ambulances non agréé, lié à un hôpital
4	Service d'ambulances non agréé, non lié à un hôpital (privé)
5	PIT (expérience)

Ce champ doit être en concordance avec le champ A2_CODE_ADM du fichier STAYHOSP.

Les services d'ambulances étrangers doivent être enregistrés en tant que service d'ambulances non agréé, lié ou non à un hôpital (code #3# ou #4#), car ils ne sont pas repris dans la liste des ambulances agréées (établie par le service 100 du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement). Ils doivent par conséquent aussi être enregistrés dans le fichier ID_TRANS.

Les services SMUR étrangers sont enregistrés en tant que services SMUR agréés, avec un TYPE_TRANSPORT = 1.

A6 / Champ 6 ⇒ CODE_TRANSPORT: Code de moyen de transport

Champ obligatoire
Longueur minimale: 3 caractères
Longueur maximale: 6 caractères

Le contenu de ce champ dépend de la valeur du champ 5 (type de moyen de transport).

Tableau 6-3 : Spécifications de CODE_TRANSPORT: Code de moyen de transport dans le fichier TRANSPOR

Champ 5 TYPE_TRANSPORT	Champ 6 CODE_TRANSPORT
1	Le code d'identification du SMUR (code en 6 caractères)
2	Le code d'identification du service d'ambulance agréé (code en 3 caractères)
3	Le code d'identification du service d'ambulances non agréé, lié à un hôpital (code en 6 caractères), défini dans ID-TRANS
4	Le code d'identification du service d'ambulances non agréé, non lié à un hôpital (privé) (code en 6 caractères), défini dans ID-TRANS
5	Le code d'identification du PIT (expérience) (code en 6 caractères)

Pour les services SMUR/PIT agréés et les services d'ambulances agréés, consultez les fichiers de référence. Les services SMUR étrangers s'y trouvent également mentionnés, comme suit :

Tableau 6-4 : CODE_TRANSPORT pour les SMUR étrangers

CODE_TRANSPORT	Pays
CNT103	ALLEMAGNE
CNT111	FRANCE
CNT112	ROYAUME-UNI
CNT113	LUXEMBOURG
CNT129	PAYS-BAS

Pour les services d'ambulances non agréés par le service 100 du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, l'hôpital établit une liste et la transmet via le fichier ID_TRANS. Pour ces services d'ambulances non agréés, seuls les codes décrits dans le fichier ID_TRANS peuvent être utilisés dans le fichier TRANSPOR.

A6 / Champ 7 ⇒ A6_FILE_ID: Numéro de fiche

Champ obligatoire: Uniquement si TYPE_TRANSPORT = 1 of 5
Longueur minimale: 1 caractère
Longueur maximale: 10 caractères
Spécifications des caractères: lettres majuscules et chiffres

Pour pouvoir relier les fiches SMUR et les fiches PIT au RHM, on a prévu le champ A6_FILE_ID. Dès l'instant où les fiches SMUR ou PIT sont définitivement enregistrées dans l'application MUGreg, l'utilisateur SMUR voit apparaître le lien RHM. Au niveau de l'hôpital, le collaborateur RHM peut ensuite télécharger les listes de tous les patients acheminés à l'hôpital par n'importe quel SMUR ou PIT. On peut y retrouver le lien RHM concerné. Pour de plus amples informations sur le SMUR, nous renvoyons au manuel d'utilisateur du SMUR qui se trouve sur notre site Web ou au helpdesk SMUR, à l'adresse contactcenter@eranova.fgov.be.

Compte tenu du fait que l'utilisation de l'application pour l'enregistrement des données SMUR a été reportée (et que les hôpitaux n'étaient pas en mesure de télécharger les listes avec le lien RHM), les valeurs suivantes peuvent actuellement être saisies dans le champ A6_FILE_ID:

i. Le lien RHM
ii. Ou le numéro de la fiche SMUR/PIT
iii. Ou le mot SMURG

Au final, on ne pourra plus saisir dans ce champ que le lien RHM.

7. ID_TRANS (A7): Liste des ambulances non agréées

7.1. *NOM*

XXX-Z-VERS-A-**ID_TRANS**-YYYY-P.TXT

Exemple:
001-Z-2.0-A-**ID_TRANS**-2012-1.TXT

7.2. *CONTENU*

Ce fichier décrit tous les services d'ambulances non agréés mentionnés dans le fichier 'TRANSPOR' (si le champ 6 CODE_TRANSPORT du fichier TRANSPOR est égal à #3# ou #4#). C'est-à-dire que l'hôpital doit établir une liste des services d'ambulances qui ne sont agréés par le service 100 du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

7.3. *SUBDIVISION*

Ce fichier contient 0, 1 ou plusieurs enregistrements par hôpital.
Ce fichier peut rester vide si aucun patient n'est arrivé à l'hôpital en ambulance non agréée (uniquement si le champ 6 CODE_TRANSPORT du fichier TRANSPOR est égal à #1#, #2# ou #5#).

Le fichier ID_TRANSPOR ne doit pas encore être complété pour le type de séjour hospitalier A2_HOSPTYPE_FAC = N. Cf. point 9. Informations supplémentaires: *Information supplémentaire sur les séjours non terminés*.

La foreign key de ce fichier doit se retrouver dans le fichier HOSPITAL (S1). Ce qui signifie que la combinaison des valeurs de CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR doit également exister dans HOSPITAL (cf. point 0. Liens entre les fichiers).

Tableau 7-1: Structure d'un enregistrement de ID_TRANS (A7): Liste des ambulances non agréées

Colonne C1	M : Champ obligatoire	O : Champ optionnel	
Colonne C2	F : Longueur fixe	V : Longueur variable	
Colonne C3	C : Champ caractère	N : Champ numérique	ND2 : Champ numérique, 2 décimales après le point

Colonne C1: un champ obligatoire non rempli génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: MANDATORY FIELDS NOK.
Colonnes C2 et C3: une longueur ou un type de champ inexact génère le message d'erreur CONTROLES TECHNIQUES: DATA TYPES-DATA FORMATS NOK.

Dans le tableau ci-dessous, les ***champs clés*** (***primary keys***) du fichier figurent ***en rouge et en italique.*** Les champs clés sont des variables dont la combinaison rend un enregistrement unique au sein d'un fichier donné, c'est-à-dire que chaque combinaison de ces champs ne peut apparaître qu'une seule fois dans le fichier. Cette caractéristique est vérifiée durant la phase des contrôles techniques, lorsque les fichiers sont chargés via Portahealth. En cas d'erreur, le chargement s'arrête avec le message suivant: CONTROLES TECHNIQUES: PRIMARY KEYS NOK. Cela signifie donc soit qu'un champ-clé est vide, soit qu'il y a des doublons.

En rouge et en italique = champs clés

Nr champ	Nom de champ	Description	C1	C2	C3	Longueur	Foreign Key
Champ 1	*CODE_AGR*	*Numéro d'agrément de l'hôpital*	*M*	*F*	*C*	*3*	*S1*
#							
Champ 2	*YEAR_REGISTR*	*Année d'enregistrement*	*M*	*F*	*N*	*4*	*S1*
#							
Champ 3	*PERIOD_REGISTR*	*Période d'enregistrement*	*M*	*V*	*N*	*1-2*	*S1*
#							
Champ 4	*TYPE_TRANSPORT*	*Type de moyen de transport*	*M*	*V*	*N*	*1*	
#							
Champ 5	*CODE_TRANSPORT*	*Code de moyen de transport*	*M*	*V*	*C*	*3-6*	
#							
Champ 6	A7_DESCR_TRANSPORT	Description	M	V	C	1-100	
#							

7.4. *DESCRIPTION DES CHAMPS ET VALEURS ADMISES*

Les flèches –> symbolisent la hiérarchie entre les fichiers, les liens s'établissent sur la base des foreign keys, voir point 0. Liens entre les fichiers.

Les champs qui apparaissent dans les différents fichiers sont décrits dans le premier fichier de la hiérarchie. Pour les champs CODE_AGR, YEAR_REGISTR et PERIOD_REGISTR ce sera donc le fichier HOSPITAL (S1).

A7 / Champ 1 ⇒ CODE_AGR: Numéro d'agrément de l'hôpital

S1 -> A7 - Champ clé

A7 / Champ 2 ⇒ YEAR_REGISTR: Année d'enregistrement

S1 -> A7 - Champ clé

A7 / Champ 3 ⇒ PERIOD_REGISTR: Période d'enregistrement

S1 -> A7 - Champ clé

A7 / Champ 4 ⇒ TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport

A7 - Champ clé
Format fixe: 1 caractère
Les valeurs admises pour ce fichier sont limitées à:

Tableau 7-2: Valeurs admises pour TYPE_TRANSPORT: Type de moyen de transport dans le fichier ID_TRANS

CODE	DESCRIPTION
3	Service d'ambulances non agréé, lié à un hôpital
4	Service d'ambulances non agréé, non lié à un hôpital (privé)

A7 / Champ 5 ⇒ CODE_TRANSPORT: Code de moyen de transport

A7- Champ clé
Longueur minimale: 3 caractères
Longueur maximale: 6 caractères

Le contenu de ce champ dépend de la valeur enregistrée au champ 4, uniquement lorsque TYPE_TRANSPORT est égal à #3# ou #4#.

Le code à utiliser se compose des éléments suivants

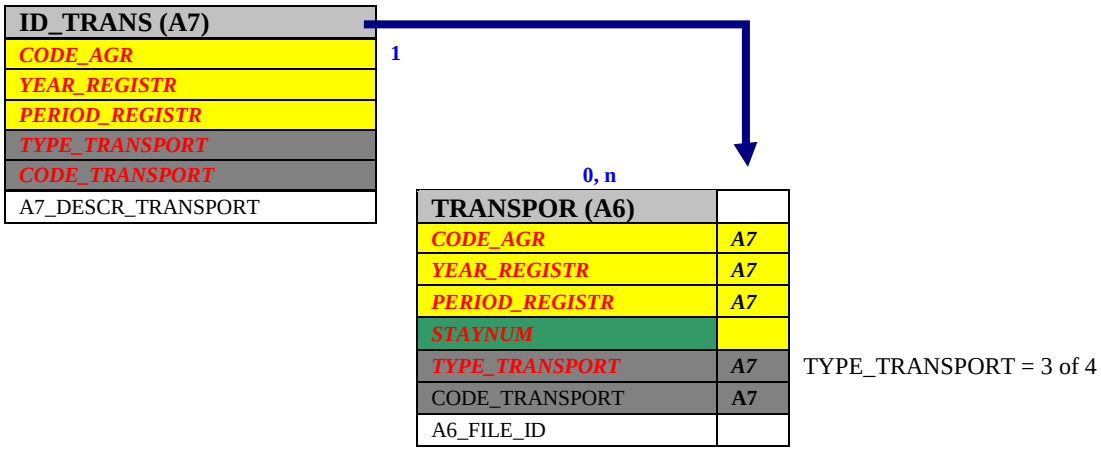
AGRYXX

AGR = le numéro d'agrément de l'hôpital qui enregistre;
Y = Z dans le cas d'ambulances liées à un hôpital (l'hôpital en question ou un autre hôpital)
= P dans le cas d'ambulances privées (non liées à un hôpital);
XX = un numéro d'ordre quelconque.

Exemple:
Pour l'hôpital ayant le numéro d'agrément '999':
- dans le cas d'ambulances liées à un autre hôpital avec le numéro d'agrément '666'
  CODE_TRANSPORT = #999Z01#
- dans le cas d'ambulances privées:
  CODE_TRANSPORT = #999P01#
-Pour une ambulance étrangères ont suit les mêmes règles, p.ex. ici liée a un hôpital :
  CODE_TRANSPORT = #999Z02#

Un numéro unique est demandé par hôpital ou par service privé.

Seuls les codes qui se trouvent dans le fichier ID_TRANS peuvent être utilisés dans le fichier TRANSPOR pour TYPE_TRANSPORT = 3 ou 4.



A7 / Champ 6 ⇒ A7_DESCR_TRANSPORT: Description

Champ obligatoire
Longueur minimale: 1 caractère
Longueur maximale: 100 caractères
Spécifications des caractères:

- Uniquement lettres majuscules et chiffres
- D'abord le numéro d'agrément de l'(autre) hôpital
- Puis un blanc
- Ensuite la commune du service d'ambulance
- Puis un blanc
- Et enfin la description du service d'ambulance
- Remarque: pour un service d'ambulances étranger, la description doit toujours commencer par le code de pays.

Exemple:
Pour l'hôpital ayant le numéro d'agrément '999':

- dans le cas d'ambulances rattachées à un autre hôpital ayant le numéro d'agrément '666'

  CODE_TRANSPORT = #999Z01#
  A7_DESCR_TRANSPORT = #666 BRUXELLES HOPITAL DU BON SECOURS#

- dans le cas d'ambulances privées:

  CODE_TRANSPORT = #999P01#
  A7_DESCR_TRANSPORT = #BRUXELLES SOCIETE DES AMBULANCES RAPIDES#

- dans le cas d'ambulances étrangères (Ex. ambulance privée)

  CODE_TRANSPORT = #999P05#
  A7_DESCR_TRANSPORT = #FR LILLE HOPITAL X#

Ceci est le seul champ dans lequel on peut insérer des espaces.

Actuellement, il n'y a pas encore de contrôle de ce champ.

8. Exemple d'un enregistrement

Une femme de nationalité belge, née en 1979 et habitant Wavre, subit un grave accident de la route le 2 décembre 2012. Elle a de sérieuses blessures à la tête (fracture du crane fermée avec lésion et contusion cérébrale, avec perte de conscience brève de moins d'1 heure) et aux côtes, et est emmenée, par ambulance non-agréée accompagnée de la fonction SMUR agréée « U.Z. Leuven Gasthuisberg », au service des urgences de l'hôpital portant le numéro d'agrément 001. L'ambulance non agréée est liée à l'hôpital Bon Secours de Bruxelles portant le numéro d'agrément 666.

Après quelques heures au service des urgences, elle est admise dans un service de soins intensifs du même hôpital (numéro d'agrément 001). Elle se rétablit bien de ses blessures et, le 17 décembre 2012, est transférée vers un service C. Elle change d'unité de soins le 20 décembre 2012 tout en restant dans le même service C. Après rétablissement complet, elle peut quitter l'hôpital sur avis médical le 23 décembre 2012 à 11:30.

Fichier 001-Z-2.0-A-PATHOSPI-2012-2.TXT:

001#2012#2#PAT203569#1979#

Fichier 001-Z-2.0-A-STAYHOSP-2012-2.TXT:

001#2012#2#PAT203569#2012#12#2#2010#12#23#11#30#R#H#22#2#2#3#3001#150#BE#B#A#D#6#1#1#A#80012###PAT203569#

Fichier 001-Z-2.0-A-STAYSPEC-2012-2.TXT:

001#2012#2#STAY2035691#1#URG0011#2012#12#2#
001#2012#2#STAY2035691#2#INT1111#2012#12#2#
001#2012#2#STAY2035691#3#DIV3306#2012#12#17#

Fichier 001-Z-2.0-A-STAYINDX-2012-2.TXT:

001#2012#2#STAY2035691#1#U#2012#12#2#0#0#0#0#0#0#
001#2012#2#STAY2035691#2#I#2012#12#2#15#0#0#0#0#0#
001#2012#2#STAY2035691#3#C#2012#12#17#6#0#0#0#0#0#

Fichier 001-Z-2.0-A-STAYUNIT-2012-2.TXT:

001#2012#2#STAY2035691#1#1451#URG01#2012#12#2#9#45#
001#2012#2#STAY2035691#1#1451#INT01#2012#12#2#11#15#
001#2012#2#STAY2035691#1#1451#DIV03#2012#12#17#10#30#
001#2012#2#STAY2035691#1#1451#DIV06#2012#12#20#11#35#

Fichier 001-Z-2.0-A-TRANSPOR-2012-2.TXT:

001#2012#2#STAY2035691#1#501000#SMURG#
001#2012#2#STAY2035691#3#001Z01##

Fichier 001-Z-2.0-A-ID_TRANS-2012-2.TXT:
(À condition que le champ 6 TYPE_TRANSPORT du fichier TRANSPOR soit égal à #3# ou #4#, ce qui est le cas ici)

001#2012#2#3#001Z01#666 BRUXELLES HOPITAL DU BON SECOURS#

9. Informations supplémentaires

9.1. MANUEL DE CODAGE ICD-9-CM

Vous trouverez les directives de codage ICD-9-CM dans les manuels spécifiques qui sont disponibles sur le site web du SPF:

http://www.health.belgium.be/eportal – Soins de santé (en haut au milieu) – Systèmes d'enregistrement (à gauche via 'Institutions de soins') – RHM Résumé hospitalier minimum (à gauche) – Listes de référence – Manuel de codage ICD-9-CM – Texte de base

9.2. CODE PAYS

On peut trouver le fichier de référence 'Codes pays pour le champ A2_CODE_COUNTRY (STAYHOSP)' sur notre site Web :

http://www.health.belgium.be/eportal – Soins de santé (en haut au milieu) – Systèmes d'enregistrement (à gauche via 'Institutions de soins') – RHM Résumé hospitalier minimum (à gauche) – Listes de référence – Fichiers de référence RHM – Domaine 3: données administratives

9.3. CHAPITRES SUPPLEMENTAIRES

Les informations supplémentaires se trouvent sur le site Web du SPF Santé Publique sous les directives d'enregistrement des 6 domaines:

http://www.health.belgium.be/eportal – Soins de santé (en haut au milieu) – Systèmes d'enregistrement (à gauche via 'Institutions de soins') – RHM Résumé hospitalier minimum (à gauche) – Directives (à droite) – Directives d'enregistrement RHM

- Information supplémentaire sur les index de lit, unités de soins et épisodes de soins.
- Information supplémentaire sur les séjours non terminés :
  Les séjours non terminés pour lesquels des données infirmières doivent déjà être transmises.
- Information supplémentaire sur les hospitalisations de jour.
- Information supplémentaire sur l'hospitalisation de jour convertie en hospitalisation classique.
- Information supplémentaire sur les diagnostics et le grouper.
- Information supplémentaire sur la cause de la mort.
- Information supplémentaire sur le classement de l'ensemble des catégories de patients dans les hôpitaux belges.